渡过

张进／著

抑郁症治愈笔记

上

一位抑郁症患者从地狱回归人间的重生感悟

管理情绪和压力

重塑自我的内心力量

如果你不那么成功

面对抑郁告诉你如何渡过



中信出版社·CHINACITICPRESS

版权信息

书名:渡过：抑郁症治愈笔记（上）

作者:张进

ISBN:9787915000415

中信出版集团制作发行

渡过：抑郁症治愈笔记

惠能三更，领得衣钵……祖相送直至九江驿。祖令上船，五祖把橹自摇。惠能言："请和尚坐，弟子合摇橹。"祖云："合是吾渡汝。"惠能云："迷时师渡，悟了自渡……"

——《六祖坛经》

序一
济世之志. 仁厚之心

胡舒立

张进的书出版了，我很高兴。

我和张进相识多年。还记得1988年夏天，7月31日，22岁的张进从中国人民大学新闻系研究生毕业，一脸稚气地站在我面前，那情形宛如昨日。那时，我在工人日报社负责国际新闻部，他给我当记者兼编辑；2000年，张进加入《财经》，后来我们一起创办财新传媒。现在，他正是财新团队的核心成员。

还记得我们在工人日报的时候，张进拼命工作，突然得了黄疸性肝炎，全身黄染，紧急住院，似乎是祸从天降了。我去看他，见他乐天而豁达，才20多岁的小伙子，对人生竟是有所悟的，我有些触动。运气好，病很快痊愈且没有留下什么后患，在甲肝患者中当然并不为奇。但我一直觉得庆幸，也觉得张进对疾病的坦然是有作用的。

后来我们同事多年，风风雨雨，起起伏伏，20多年结下极深的情谊，一直觉得他是那么乐观、向上、年轻、直率，前途无量。不料，三年前，他突然得了抑郁症。我当时不熟悉这个病，但分明看到这一回不一样，不知问题出在哪里，也不知如何才能帮他闯过这一关。

沉疴之中，张进走了半年的弯路，受了很多苦。我们心痛而无能为力。后来他靠友人相助，幸遇良医，一旦对症治疗，竟然很快恢复了。真正是大喜过望，我们是多么地开心。

很多得了抑郁症的人，都遮遮掩掩，羞于承认自己得过这个病。张进则不然。这一回，他一如既往地坦然面对人生。在病情好转的第三天，就写下了自己的病中经历，发表在自己的博客上。他对我说，很多患者本人和家属、社会，对抑郁症太过陌生，他要把自己的经历公之于众，希望其他的患者接受教训，少走弯路，少受些苦。

之后，他用了很多精力，结合自己的情况，研究抑郁症。他边学习，边采访，边写作，写了一系列报道和文章，和患者分享自己的心得体会。

他的文章产生影响后，就有全国各地的患者找到他，寻求帮助。他总是尽力而为，有一些患者因他的帮助而受益。

我始终觉得，张进由病而医，终非专业；他由己及人的关于抑郁症的见解和经验，主要还是参考之用。而他的坦率真诚，他的善良的愿望，以及为患者排忧解难的济世之心，我是很赞赏的。

当今社会比以前复杂很多，人们遇到的矛盾、压力，面临的挑战也大得多。如何缓解压力，保持良好的情绪，是每个人毕生的功课。张进这本书，从自己的感受和经历出发，既有理论知识，又结合大量案例，深入浅出，对这些问题做了解答，相信会对读者有所裨益。

张进是个有才华的新闻人，文字修养很深。他的这本书不仅有知、有识而且有趣，文字颇有余味。这是本书的另一重要价值。

胡舒立，财新传媒总编辑。

序二
抑郁症患者应勇于求助

姜涛

作为张进的医生，受邀为他的新书作序，深感荣幸。

张进只是我行医24年来许许多多病人中的一个。三年前，他第一次来找我时，已耽误了一段时间，症状稍微有些复杂。不过只要正确诊断，合理用药，并不太难处理；他觉得我治疗效果很神奇，在我看来，并不是什么了不得的事情。

我觉得，张进恢复得较好，除了治疗到位，他的意志、毅力和治疗依从性起了很大作用。张进临床治愈后，对精神医学产生兴趣，刻苦钻研，时间一长，竟成了半个专家。张进的这本书，从患者感受出发，对抑郁症做了多层次、多角度的解读，深入浅出，引人入胜，很多地方比我们医生说得都清楚，这是很不容易的。

现在“抑郁症”这个词很多人都挂在嘴边，实际上，中国人对这个疾病的认识还处在非常初级的阶段。中国在2012年12月才颁布了第一部《中华人民共和国精神卫生法》；精神科医生缺口40万，远远落后于发达国家。很多人不能正视抑郁症。自己不承认，外人不理解。

我有一位在国外的朋友，自己开公司，有上百名雇员，定期去世界各地度假打猎，购买各种奢侈品。很显然，他属于别人眼中的成功人士。但很少有人知道，他内心生活着一只大鳄鱼，咬住他的情绪往下面拉。表面的风光弥补不了他内心世界的悲苦。

他想过自救，辞了职，离开喧嚣的城市，跑到茫茫大山里生活了一个多月。似乎活明白了，回来确实轻松了一段时间，但很快又被那条鳄鱼拖下水。他自问：难道还要再去山里，或者到沙漠中生活、思考？要不就一死了之？几番挣扎，才转向医院求助。

经诊断，他是典型的抑郁症患者。抑郁症的确有自愈的可能，不过比例不高。心理治疗有一定作用，药物治疗才是最有把握的。但这位患者最先的反应，是自己解决问题，直到想自杀才来找我。对这样一部分不愿意上医院的抑郁情绪携带者或抑郁症患者，如果能让他们学到抑郁症知识，掌握正确的应对方法，就可以大大提高救治成功率。这对提高社会幸福指数是大有裨益的。

张进这本书，正可起到这个作用。目前，抑郁症书籍分两类。一类是理论型，放在书店的医学区；另一类以讲故事和心理疗法为主，放在健康区或者心理区。大多数读者会选后者，因为前者晦涩枯燥。张进这本书，叙述了他从患病、外界介入、临床治愈，到帮助他人的全过程，阐述了抑郁症患者重返社会可能遇到的问题以及解决方法，还探讨了如何克服负面情绪，缓解生活压力。他从一个过来人的角度，把理论和实践结合起来，既有科学性，又有故事性，相信能给很多患者很多帮助。

如果你不那么成功，发现自己没有向上的动力，可以读读这本书；

如果你在别人眼里很成功，但内心深处郁郁寡欢，也可以读读这本书。

作为旨在促进人们心理健康的医生和教育工作者，我的任务之一就是帮助人们管理情绪，获得身心健康。故此，我愿意在这篇序言中，放大临床医生的声音，表达我的心愿。愿天下遭受抑郁症等精神

疾病折磨的人们，学会正确的应对方式，早日摆脱病魔，过上正常的生活。

姜涛，主任医师，首都医科大学精神病学系副教授，现任北京安定医院第八病区主任。专攻精神分裂症的诊断与治疗，研究方向为精神药理学。

自序
渡己渡人

这本小书，是从我抑郁症病愈后所写全部相关文章中精选而成。

抑郁症是一个医学难题。作为业外人士，触碰这样高度专业的领域，是很冒险的。但我仍然愿意以最大的热忱和勇气，记录下我的思考和实践，奉献给读者们。

三年前，没有任何预兆，抑郁症不知不觉袭来（准确地说，我的诊断应该是“双相情感障碍抑郁发作”，为了行文方便，简称“抑郁症”）。当时，我自己及身边，没有一个人了解抑郁症。完全不同于其他疾病的诡异体验，瞬间击倒了我。被疾病裹挟着，我度过了长达半年的病程。

那是一段黑暗的岁月。是无知而非疾病，构成了对生命的巨大恐惧。从病愈那一刻起，出于对疾病的好奇，也出于责任心，我开始研究抑郁症，想搞清楚折磨了我半年之久的怪病到底是怎么回事；并要把我的心得告知同病者，让他们少走弯路。

我清楚地记得，第一篇文章写于2012年8月28日。此前一天，治疗突然见效。如同一阵狂风，吹散了浓密的乌云；几乎没有任何过渡，我豁然而愈。体力、活力、思考功能、写作功能，在瞬间全部恢复。当晚，怀着难以言喻的喜悦，我以《地狱归来》为题，简略地记载了这个过程。

回过头看，我对于抑郁症的学习，是不符合科班程序的。我是“急用先学”，首先想搞清楚，治疗为何会突然见效，于是把用过的11种药，它们的化学结构、适应症、不良反应、毒理药理，挨个研究了一遍；由此延伸到抑郁症的病理知识；同时阅读大量病例，增加感性认识。

再后来，当零散习得的知识断片逐渐交汇，构成一张“网络”后，我找来大专院校的精神科教材，系统学习了一遍；有一段时间，我甚至利用双休日，到安定医院姜涛医生的诊室，旁听他给病人看病，获取实际经验。

记者职业也给我提供了便利。我把抑郁症作为报道选题，广泛采访。就这样，个人体验、学习体会、采访所得，结合在一起，我开始系统地撰写文章。

这些文章传播出去后，渐渐有很多患者及家属慕名找我咨询。千奇百怪的病例扩大了我的视野，我真切地悟到，为什么说抑郁症是一种“特异性”疾病，为什么治疗这么困难。

为患者咨询让我感受到价值的实现。赠人玫瑰，手有余香，这是至高的快乐，也为我提供了进一步学习的动力和方向。很多时候，我是为解答患者的提问而学习。

三年来，在本职工作之余，我边学习，边采访，边接受咨询，陆陆续续写成这些文章。蒙中国工人出版社不弃，汇集成册。精神医学博大精深，我深知只窥见冰山一角；我不敢自夸，唯一能自慰的是，我有足够的真诚和认真。这些文章，在最初是写给自己的——或因为此，它会有一些价值。

感谢为我治疗的姜涛医生，感谢向我咨询的患者和家属，感谢我的亲朋好友，感谢中国工人出版社的编辑。没有他们的帮助，不可能

有这本小书。

是为序。

上篇
他渡

题记 相信科学

“渡”者，由此岸及彼岸也。佛教以此岸喻生死轮回，彼岸喻涅槃圣地。所有人皆在生死中，故皆在此岸；而觉悟者，则已从此岸，渡烦恼河，抵达彼岸。从此岸到彼岸，是一个人终生的修为。

但抑郁症患者不在此列，因为他们所处并非人间。毫不夸张地说，抑郁症患者生活在一个玻璃罩中，外部的世界，现实、透明、看得见，却是隔绝的。对于他们，“渡过”不只是宗教情怀，更具有实实在在的拯救的意义——从地狱回归人间。

故此，本书的书名，以及上、中、下三篇，都以“渡”为主题。上篇“他渡”，意指现代医学对患者的拯救。其中第一篇《地狱归来》，是我的自述，回忆了从患病到临床治愈的经过；接下来几篇，是我病愈后钻研精神医学的心得体会。

对于中度以上抑郁症患者，接受“他渡”，即现代医学的干预，是必不可少的。这是对科学的信念。希望我写的这本书，能够让患者相信科学，面对现实，

积极求治，以依从的心态，完成现代医学对自己的拯救。

地狱归来

患病

从2012年年初到3月，我逐渐发病。最初的病象是失眠，每天睡眠越来越少，后来发展到服用安眠药也彻夜不眠的程度。

3月中旬，在连续两周彻夜不眠后，身体终于崩溃，我不得不离开了工作岗位。

病休之初，自以为只要好好休息，恢复睡眠即可。岂知越来越恶化，每天完全睡不着。每次都是在困倦昏沉到即将入睡之际，会突然心悸，然后惊醒。记得当时我给一个朋友发短信描述说："感觉有一个士兵把守在睡眠的大门口，当睡意来临，他就用长矛捅向心脏，把睡意惊走。"

在失眠的同时，身体不良症状开始出现。头痛、头晕、注意力无法集中，没有食欲，思维迟缓，做任何事情都犹豫不决。自己明显觉得变傻了。

求医

病休两周后，在朋友的提示下，我终于犹犹豫豫地去安定医院看病。医生给出诊断：中度抑郁偏重。开了三种药：罗拉片、氢溴酸西酞普兰片、三辰片。

这三种药，氢溴酸西酞普兰片是主药。起初每日服用一粒。一周后加到一粒半；再一周后加到2粒。服药之初，由于罗拉片的镇定作用和三辰片的催眠作用，睡眠稍有改善，每晚能睡四到五个小时。

但是，情绪、思维和行动力没有丝毫改善。就这样我熬了两个月，医生终于决定换药：把氢溴酸西酞普兰片逐渐减量至一粒、半粒；同时新加一种药，即米氮平，剂量在一周内从半粒加到一粒半。

米氮平有极强的催眠作用。刚服用时，睡眠有所改善，可以不用服三辰片，就能睡五至六个小时。但随着身体产生耐受性，催眠效果递减。

同时，其他症状没有丝毫改善。每时每刻，我的大脑都像灌了铅，或者像被一只无形之手攥住，昏昏沉沉，思维缓慢，说话磕巴；胸口火烧火燎地难受；不想做任何事情，或者做任何事情都很犹豫畏缩；不想说话，不敢接熟人的电话，不看短信，或看了短信也不回。当然不想见任何人。每天早晨从一睁眼开始，我就不知道这一天怎么度过。躺在床上，或呆坐着，或在房间里走来走去。就这样慢慢地耗着时间。

后来，我看到美国作家安德鲁·所罗门在《忧郁》一书中，描写自己的病况，感同身受。他是这样写的：

> 人类文字中对于崩溃阶段的忧郁症描述并不多，处于那个阶段的病人几乎全无理智，但他们却又需要尊严，一般人往往缺乏对他人痛苦的尊重。无论怎样，那都是真实存在的，尤其是当你陷入忧郁的时候。

我还记得，那时我四肢僵硬地躺在床上哭泣，因为太害怕而无法起来洗澡，但同时，心里又知道洗澡其实没什么可害怕的。我在心里

复述着一连串动作：起身，然后把脚放到地上，站起来，走到浴室，打开浴室门，走到浴缸旁边，打开水龙头，站到水下，用肥皂抹身体，冲洗干净，站出来，擦干，走回床边。12个步骤，对我来说就像经历耶稣的艰险历程一样困难。我用全身的力气坐起来，转身，把脚放到地上，但是之后觉得万念俱灰，害怕得又转过身躺回床上，但脚却还在地上。然后我又开始哭泣，不仅因为我没办法完成日常生活中最简单的事，而且还因为这样让我觉得自己愚蠢无比。

转机

在无助和绝望中，时光之水无声无息地滑过。到了2012年6月上旬，医生给我下了“重度抑郁”的诊断。劝我住院，做电击疗法。

我不能接受住院和电击。混沌中，接受一个朋友的意见，决定换医生、换药。

这次，我找的是安定医院临床经验非常丰富的姜涛医生。他的用药风格和前一位医生迥然不同。他果断地让我停用原先的三种药，开了四种药：奥沙西泮、瑞波西汀、米氮平、艾司唑仑。（奥沙西泮是镇定药，瑞波西汀是神经递质去甲肾上腺素的再摄取抑制剂，艾司唑仑是安眠药）

一周后复诊，又开了三种药：碳酸锂、舍曲林、思诺思。（碳酸锂是情绪稳定剂，舍曲林是另一种神经递质5－羟色胺的再摄取抑制剂，思诺思是另一种催眠药）

在服用这些药后，我逐渐出现严重的副作用：头疼、头晕、内热、尿潴留、震颤，等等。记得震颤最严重的时候，我手抖得无法用筷子把饭菜吃到嘴里；喉咙无法发声，说话像低吟，一天里说不了几

句话；双腿发软，迈不开步子，走起路来觉得高低不平，下不了楼梯；味觉失灵，嘴巴发苦。

这些天，是我有生以来最痛苦的时期。同时服用这么多种药（加在一起每天服用十几粒），药的正作用没有产生，副作用却一个不落地出现了。

那一段时间，我内心充满了绝望，不知道哪一天是终点。我对自己说："熬了四个月，终于是这几种药把我打垮了。"

完全是靠理智，遏制住想自杀的念头。记得那时乘电梯，我都用理智告诉自己，远离电梯旁的窗口，就怕自己瞬间冲动一跃而下。

恢复

不幸中的万幸，在服药第16天，我隐隐约约感觉到药起效了。

最初的迹象是自己可以看手机。我的手机是在3月新买的，因为患病，一直没有开发它的功能。在换药后的第16天，百无聊赖中，我拿过手机，信手试了试各项功能。突然发现：我居然注意力集中半小时做了一件事情！我算了算服药时间，内心萌生出希望：药可能起效了。

第二天，药效越来越明显。我可以集中注意力看电脑，可以看书。我明显感到自己头脑清醒，思考问题有了系统性，做事有主动性，也不怕见人、接电话、回信息了。

同时我发现自己开始有了愿望。在街上看到过去喜欢吃的东西，很自然产生了想吃的愿望；见到同事和朋友，也会产生久违的亲切感。

当我发觉自己重新恢复了情感能力时，内心的狂喜难以言喻。要知道，一个人，如果失去了愿望和情感，那就不是一个人，而只是一具躯壳，是行尸走肉了。

在最初恢复的几天，我情绪高涨，睡眠又大幅度减少，甚至有一次彻夜不眠。当我把这个迹象告诉我的主治医生时，他当即对用药做了调整：减少了瑞波西汀和舍曲林的剂量，新开了奥氮平。（奥氮平主治精神分裂症，但有压抑兴奋的效力）

又两周后，彻底停掉了瑞波西汀，舍曲林减半。

又两周后，再增加一种药：拉莫三嗪（属情绪稳定剂）。

我对此大惑不解：为什么药见效后，要停掉有疗效的药，而新开别的药？同时不但不减药，还要加药？

医生回答：我患的病不是简单的抑郁症，而是双相障碍中的软双相。

大意是说：抑郁症分单相和双相。单相抑郁是典型的抑郁症；双相抑郁则不但有抑郁，且同时伴有兴奋。

但双相的表现又千差万别，可大致分为Ⅰ型和Ⅱ型。Ⅰ型是典型的双相，即表现出过度的兴奋和躁狂。对于Ⅰ型，不能使用单纯的抗抑郁药物，否则不但不能减少抑郁，反而会促发从兴奋到抑郁快速循环，最终导致耗竭。

Ⅱ型是非典型双相，即软双相，大意是以重度抑郁为表征，躁狂迹象则不显著。所谓软双相，即是在发展成典型双相前的过渡状态，表现为起效快、少睡眠、做事说话快而多等特点。

目前，我仍然服用六种药：舍曲林（早晨1粒）、奥氮平（晚上1粒）、碳酸锂（早晚各2粒）、奥沙西泮（早晨和中午各半粒，晚上2粒）、拉莫三嗪（早晨四分之一粒）、思诺思（临睡前1粒）。

虽然我非常不愿意吃这么多种药，但毕竟靠这些药，使得病情越来越稳定。并且，我已经可以上班了。现在，最重要的是巩固疗效，防止复发。

感受

患病5个月，我有这几点体会：

1．如果患病，要承认现实，面对现实。不要遮遮掩掩，羞于承认自己患有精神类疾病。

2．抑郁症是一种器质性疾病，而非简单的心理问题。要及时到专业医院，找临床经验丰富的医生看病。

3．坚持服药。治疗抑郁症的用药原则是“足量足疗程”。大部分抗抑郁药起效至少两周，千万不能因为药的副作用大而自行减药和停药，否则前功尽弃。

4．正确的心理治疗只对轻度抑郁症患者有效。如果抑郁症发展到中度和重度，只能先靠用药改善大脑神经递质的失衡，再考虑心理治疗。中药对抑郁症的疗效尚不确切。

5．坚持、坚持、再坚持。对于严重的躯体症状和内心的绝望，只能靠意志熬过去，别无他法。尤其在服药的前两周（即正效应未出现而副作用严重时），一定要用理智让自己不具备自杀的条件。据统

计，抑郁症患者中，三分之一可以自愈，三分之一发展成慢性，三分之一自杀。一定不能让自己成为最后的三分之一。

6．不要让自己闲着，努力思考一些事情，做一些事情。尽可能做一些工作。工作本身就是最好的治疗方式。

为何抑郁症患者容易自杀

很多抑郁症患者都会把自己封闭起来，封闭是他对抗外部世界的本能防御方式。封闭可以缓解患者的伤痛，但却会构成新的心理障碍。自杀是另一种防御方式，或许可以称之为终极防御。这种防御最快捷、最有效，也最彻底，只不过，它带来的是毁灭。

中国有病历记录的抑郁症患者超过3000万人，如果加上未曾就诊的患者，保守估计约9000万。抑郁症患者最严重的后果是自杀。据一项统计，在中国，自杀和自杀未遂的人群中，50%－70%是抑郁症患者。

上海精神科医生颜文伟曾经有一个推测：抑郁症患者如果不予治疗，约三分之一会自然恢复正常，大概需时半年到一年；另三分之一会反反复复，拖成慢性；再三分之一最终会选择自杀。

这两年，有不少抑郁症患者或其家人来咨询我，我往往会详细询问他是否有过自杀意念。在我看来，抑郁症患者产生自杀意念，再正常不过。

曾经有一个朋友，因为严重失眠、情绪长期低落来找我，让我判断他是不是抑郁症。我详细询问后，最后问了一个问题："你想过自杀吗？"他回答："自杀……自杀是唯一严肃的哲学问题……"我打断他："不谈哲学，就说你最近有没有具体想过自杀？"他回答："没有。"我说："恭喜你！你还算不上抑郁症。"

那么，为什么抑郁症患者都想自杀？抑郁症患者自述"生不如死"，是夸张还是现实？答案当然是后者。原因，我来一一解析。

我个人的体会（不代表全部），首先，抑郁症和其他疾病一样，患者的躯体经受着痛苦折磨。很多人认为，抑郁症是心理疾病，殊不知抑郁症首先表现为生理疾患，那时，患者完全不会知道自己得的是抑郁症。

比如，头痛。这种疼痛是一种钝痛，不剧烈，但沉重，有重压感。它有如一片乌云，盘踞在你的大脑里。有时候突然消失，就像是被风吹走；但你不敢轻松，因为你知道它还会不期而至，你恐惧地等待着它的到来……

再如，胸闷、胃痛、肩颈痛、耳鸣、心慌、食道堵塞感和烧灼感，等等。不同的患者，会有不同的躯体症状；同一个患者，在不同的时期也会出现不同的症状。有一个患者曾经电话里对我哭诉："我现在全身没有一块地方是好的。"

最奇异的是，有一位广西患者，他的躯体症状是肛门疼痛。后来，这竟然成为他复发的前兆。

当病程发展，且出现服药副作用后，病人又会合并程度不同的行动障碍。手抖、走路不稳、触觉敏感、易惊跳、坐立不安，类似于焦虑症状，医学上称之为"精神运动性不安"。

再往后，会发展到思维障碍、阅读障碍、语言障碍；怕风、怕水、怕声音……全身心的痛苦，称之为度日如年绝不夸张。

其次，专属于抑郁症的一个特点，是快感阻断。当发展到重度阶段，属于人类的所有快乐、各种欲望，统统消失了。患者每天情绪极度低落，觉得做任何事情都毫无意义。对于他，人生不再是新鲜和快乐的旅程，而变成痛苦的炼狱。

有一位患者，他的朋友们努力让他开心起来，带他去吃美食、旅游，让他干适量的工作以获得价值感，等等，百无一用。后来，一个朋友尝试着问："假如你所有的愿望都实现，你会高兴吗？"他听了，想了一会儿，无力地摇了摇头："没有愿望。"

为什么会这样？原因很简单，大脑的器质性病变切断了他欲望的通道。

第三，与快感缺失相关的另一个特征是绝望。这是抑郁症患者的又一共性。自我评价无限降低、自责、自罪，患者普遍觉得未来一片灰暗，看不到任何希望。痛苦和巨大的无价值感，足以吞噬他的一切。

我认识一位患者，仅仅是疾病早期，就萌生严重的不祥念头。她告诉我，在家里，看到儿子穿着新衣服活蹦乱跳，心里就非常酸楚："妈妈明年这个时候就看不到你这样快乐了。"

上述抑郁症患者的躯体疼痛、快感缺失、悲观绝望，还不是最可怕的。最可怕的，是情感的丧失。

当病程再发展到一定程度，患者会变得麻木、呆滞。抑郁症的一个基本的表现，就是患者不再能体验情感和生活的美丽。世界上的一切，喜怒哀乐、爱恨情仇，都与他无关。亲人朋友近在咫尺，他却远在天涯。他不但丧失了快乐、希望，最后还丧失了爱的能力、审美的能力。这个时候，人就成了一具躯壳，成了行尸走肉。

我记得，病愈后，我曾经看过一部电影——《画皮2》。这部电影我并不喜欢，我觉得它有些矫揉造作。但是，电影中有一个情节震撼了我。电影中，雀儿对小唯抱怨说："做人有什么好？还不如做妖快乐！"小唯突然发怒，一连串地质问："你懂什么？你有过人的体温

吗？你有过心跳吗？你闻过花香吗？你看得出天空的颜色吗？你流过眼泪吗？世上有人爱你、情愿为你去死吗？”

这一瞬间，我如同遭遇雷击，醍醐灌顶。想象一下吧，一个人，如果身体承受着深重的苦难和折磨，一天中没有一时一刻感到快乐，对未来完全绝望，又无法感知亲情、友情，以及色彩、阳光、美和爱，这个世界就不是人的世界，对他还有什么意义？

2013年2月16日深夜，一位网名叫“sienna赛娜”的抑郁症女孩跳楼自杀。在迎来最后时刻之前，她在自己的微博上留下了一段遗言，冷静、清晰、痛楚。实录如下：

> 抑郁症太痛苦，世界变得黑暗扭曲，再努力也感受不到任何美好，想什么都想到死……抑郁多年，一直没法完全感受到正常人的乐趣和追求，只是以为自己生性冷漠被动。元旦高烧三天后，开始经历抑郁症爆发，整夜失眠，兴趣欲望全部消失，抗拒交流，变得邋遢懒惰，身心状态全面恶化……
>
> 春节前在安定医院确诊为重度抑郁症，发展至今失去大部分记忆、思考、交流和行为能力，没有方向感，无法组织语言文字，大脑仿佛被绑架，甚至连点餐和发邮件都难以顺利完成，药物治疗的副作用更像恶狗噬咬身心……请大家理解我的挣扎和无奈，原谅我的自私和懦弱。再见，爱你们。

让人痛惜的是，生命不再，而死亡并非无可避免。

如何干预抑郁症患者自杀

抑郁症是最能摧残和消磨人类意志的一种疾病。抑郁症会带来两个后果，一是严重降低生活质量，患者生不如死；二是患者真会去死，即自杀。

如何干预抑郁症患者自杀，是一个严峻课题。许多人不懂抑郁症，仅有良好意愿，瞎出主意，往往收效不大，甚至事与愿违。

我从个人经历出发，给干预抑郁症患者自杀提出几个建议。

首先要积极求治。血的事实告诉我们：抑郁症必须治疗。许多患者的亲朋好友认为，抑郁症只是心理、情感问题，只要谈谈话，疏导疏导，“打开心结”，就能“走出来”。这实在是对科学的无知。

至于患者本人，得了抑郁症，起先不自知；挨了很多时日，才会犹犹豫豫走上求治之路。那时他心理准备不足，当医生告诉他，疗程很长，至少半年以上，甚至两年、三年，还要不断复诊、复查，他就会畏难、绝望、抗拒，经常不能坚持治疗，最终酿成悲剧。

据一项调查，中国有62.9%的抑郁症患者从未就医，只有10%的患者接受过正规药物治疗。

一旦走上漫漫治疗长途，就会有亲朋好友来出主意，提出无数建议：西医、中医、心理、练功、瑜伽、灵修、念咒，等等。到底哪一种有效？在此我可以负责任地告诉大家：西医的疗效最为确切；心理疗法应该有效，但受很多条件限制，较难把握；中医是否有效，尚待科学验证。至于练功、灵修、瑜伽、念咒之类，基本不靠谱。

因此，一旦发现自己得了抑郁症，不要犹豫，立刻去看西医；根据自己的病情程度，请医生决定，是吃西药，还是看心理医生。不要浪费宝贵的时间。在抑郁症早期，时间就是生命。

其次，干预抑郁症患者自杀，最关键的是判断患者何时最有可能自杀。

自杀分三个步骤：自杀意念、自杀企图、自杀实施。几乎每个抑郁症患者都会有自杀意念和企图，但要走到实施这一步，还需要客观条件。

依据抑郁症临床症状表现，医学上把抑郁症分为轻度、中度和重度三个阶段。轻度抑郁症患者心境低落，兴趣和愉快感丧失，容易疲劳，多思多虑，自卑消极，无缘无故出现多种躯体不适；到了中度阶段，还会追加脑功能阻滞和精神运动性阻滞，患者感到自己大脑思维功能、行动功能和社会功能下降，不敢见人，人际交往发生障碍；到了重度阶段，患者情绪极为抑郁，无法感知喜怒哀乐，思维动作严重迟缓；语速慢，语音低，语量少，应答迟钝，严重者可呈木僵状态。一天之内，经常不言不语，不动不吃。

那么，是不是重度抑郁症自杀危险最大？

不是。这正是抑郁症的独特之处：抑郁症患者自杀，往往发生在从轻度向中度恶化，以及从重度向中度好转的阶段。真正的重度患者不会自杀。

究其原因，抑郁症药物治疗的特点是，先改善患者的动力，后改善患者的情绪。自杀要具备两个条件，即自杀的意愿和执行的动力。重度患者往往大脑一片空白、体力不支，不具备自杀能力；而药物一旦起效，患者大脑的抑制先得以解除（有了动力），可是情绪的好转要落后一周（自杀意念还在），自杀往往在这一阶段发生。

也许患者再坚持一两天，就能挣脱黑暗，迎来光明。但是，他看不见曙光在前，放弃在最后一刻，功亏一篑，让人扼腕叹息！

干预自杀，就要学会识别患者从轻度向中度恶化，尤其是从重度向中度好转的关口。在这两个时段，要把病人看好，最好寸步不离。一旦出现闪失，后悔莫及！

曾经有一位患者家属找到我说，病人吃药一个月，无效，最近拒绝吃药，在家里闹得鸡飞狗跳。我立刻意识到，患者有力气闹，可能药要见效了。我叮嘱家属，由他闹，不用劝解，只需做好两件事：一是督促他每天吃药，一粒不能少；二是把家里的阳台、窗户封好，寸步不离人。又过了几天，家属告诉我，他病好了。

意志比较坚强的患者，则要有自我拯救意识。自杀往往发生在一念之间，很多时候仅靠意志难以抵抗自杀的冲动。这时，就要有意识地让自己不具备自杀的条件。一般来说，割脉疼痛，服毒寻药不易，投河水面难觅，自缢程序太复杂。只有跳楼简单易行。所以，一定要让自己远离高处，以防一跃而下的冲动。只要死起来不那么容易，自杀冲动就会再而衰、三而竭。

一位患者病愈后告诉我，他曾经准备跳楼自杀，可是阳台封得太紧，使劲推了几下，推不开，沮丧得一屁股坐在地上大哭。过了这个劲儿，也就不想死了。

在一天之中，抑郁症患者多在凌晨自杀。这是因为患者的情绪变化晨重晚轻。患者往往早醒，那时情绪最为低落，想到漫长痛苦的一天即将开始，不知何时才是尽头，自杀的念头就会蜂拥而至。

第三，前文说过，在自杀高发期，患者需要看护，最好寸步不离。那么，如何尽到看护之责？我的体会是：陪伴，而不是说教。

很多人认为，抑郁症是心理问题，要给患者“打开心结”。殊不知抑郁症本质上更是器质性问题，在中度和重度抑郁阶段，劝他“想开点”“不要死”没用。要以陪伴为主，不要讲大道理，须知世界上最不缺的就是道理；要让患者知道，他需要时，有人在；不需要时，就可以安静待着。别打扰他，不要喋喋不休，瞎出主意。

记得我在病中，同事们想了无数办法救我。洁琪强行登门送生鱼片；张翔哄我去青岛旅游；徐晓老师强迫我去看心理医生；继伟裹挟我参加文化人聚会；舒立安排我编一些稿以恢复自信，甚至打算在顺义找一个农场让我居住，像晚年托尔斯泰那样参加农业劳动。其心可感，其效全无。

我曾看过一个心理医生，她高谈阔论整整一个小时。我看她越谈越起劲，口若悬河，两眼放光，心想：这是谁给谁治病啊？

还有一个昔日的女下属来看我，一见面，就强拉我出门散步。那时我已步履蹒跚；她挽着我胳膊亲切地给我讲了很多道理。说着说着，她突然站住，愣愣地看了我几秒钟，如梦初醒般说：“嗨，我和你讲这些干啥！这些不都是以前你教给我们的吗？”

行文至此，最后说一个纯粹技术性问题：尽量给患者安排一个阳光充足、色彩鲜明的居室。据我体会，抑郁症病重时，患者的视觉会发生变化，看任何东西都是灰色的。让患者的房间光亮鲜明，有助于情绪改善。

抑郁症是心理病变还是器质性病变

我一直认为，“抑郁症”这个名字不科学。“抑郁”是对心境的描述，是心理名词。很多人望文生义，就认为抑郁症是心理疾病。包括有些患者，也宁愿接受这个判断，不去看病，幻想着换换环境，调整一下，病就好了。

有这样的幸运？有。抑郁症是一种自限性疾病，病情发展到一定程度，有时靠患者自身的生命力量也能自动中止病程。据经验统计，约有三分之一患者不治疗，耗个一年半载，也会逐渐痊愈。但是，这样做非常危险。因为这一年半载日子难熬，生存质量低，自杀风险大；而所谓“好了”，只是不发作而已。它像一把达摩克利斯之剑，悬在头顶，不知道哪天还会落下。

时至今日，现代科学已经证明，抑郁症不仅仅是心理疾病，更是一种功能性疾病。

在人类早期，古希腊人认为，抑郁症是人体内四种体液——血液、黏液、黄胆汁、黑胆汁不平衡导致的。这个说法当然不科学，但它把抑郁症和生理因素联系起来，是一个天才的猜测。

到了公元前3世纪，对大脑的研究出现突破，发现大脑掌管思考，小脑掌管肌肉运动，神经系统理论由此建立。后来，更进一步的研究认为，“精神障碍即为脑疾病”，如果大脑有个风吹草动，精神障碍可能因之而生。

20世纪中叶，是人类历史上一个科学进步时代。抑郁症的研究出现了革命性变化：研究人员收集并解剖了一些抑郁症自杀者的脑部标

本，通过显微镜看到大脑内三种神经递质（血清素即5-HT、去甲肾上腺素和多巴胺）的浓度低于常人。由此确定了一个研究方向：寻找抑郁症和这三种神经递质浓度之间的对应关系。

先介绍一下什么是神经递质。我们知道，人脑中有几亿个脑细胞，称为神经元。两个脑细胞之间，有一个间隙。人脑传递信息时，前一个脑细胞的神经末梢就会释放出一种化学物质，其使命是载着信息，跨越间隙，像邮差一样把信息传递下去。这个化学物质，就叫神经递质。

大脑的神经递质有很多种，最主要的，就是上述三种：血清素、去甲肾上腺素和多巴胺。

这三种神经递质，其功能不完全一样。比如，血清素掌管情感、欲望、意志；多巴胺传递快乐；去甲肾上腺素提供生命动力。如果这三种神经递质失去平衡，神经元接收到的信号减弱或改变，人体就会出现失眠、焦虑、强迫、抑郁、恐惧等症状，表现为抑郁症、双相情感障碍、精神分裂症，以及其他大脑疾病。

抗抑郁药物就是在上述理论指导下，针对这三种神经递质研制出来的。比如，现在最常见的SSRIs系列，全名“选择性5-HT再摄取抑制剂”，其功能便是专门抑制大脑对血清素的回收，从而保持血液中血清素浓度的平衡。

最早抗抑郁症药物异烟肼的发现，纯属偶然。那时异烟肼是抗结核病药物，在做药物实验时，意外发现结核病患者服用异烟肼后会出现欣快情绪。顺着这个路径，第一代抗抑郁症药物被研制出来。如今，抗抑郁药物已经进化到第三代、第四代。这些抗抑郁药物的有效性，充分证明抑郁症和这三种神经递质存在着确切的对应关系。

近年来，中国对抑郁症病理的研究，也偶有进展。川大华西医院放射科、华西磁共振研究中心主任龚启勇、贾志云博士，和心理卫生中心教授况伟宏等专家，利用先进的影像医学技术研究发现，大脑前额叶和边缘系统等脑区的特征性异常和神经通路受损，可能与抑郁症自杀行为有关。

这些专家还募招16例自杀未遂者和36例无自杀行为的抑郁症患者，利用新型功能型核磁共振技术，对他们的大脑灰白质体积和白质纤维的完整性进行研究。通过大脑影像对比，发现这些自杀未遂者大脑内左侧内囊前肢部分各项异性值明显降低，提示该区域白质破坏导致额叶纹状体通路受损。

不过，这仍然只是对现象的描述。相关性确实存在，但为什么相关？机理尚不清楚。抑郁症的发病机制很复杂，目前仅有一些假说，这些假说都有一些研究结果来支持，但这些假说有时互相矛盾，甚至互相否定。

现在倾向于认为，抑郁症是一组病因和发病机制不同的异质性疾病，而不是一种疾病。它们各有其发病原因和机制，无法用一种病因和机制做出解释。

至此，结论很清楚了：抑郁症不只是简单的心理病变，同时还是一组功能性病变。最初，尚无法观察到大脑是否受到损伤，但如果病程太长，造成患者大脑海马区体积缩小，这时功能性病变就会转化为不可逆的器质性病变。此时救治，为时晚矣。

和很多人一样，我也曾不假思索地认为，抑郁症是患者意志不够坚强所致。现在才知道，未曾患病的人，也许永远也不能体会患者内心的挫败、孤独和苍凉。由于大脑发生功能性病变或器质性病变，他遭遇意志无法控制的精神障碍和痛苦。局外人站在道德制高点上，居

高临下甚至带有一丝优越感地同情、开导或者指责他们，是不科学、也是不公平的。

和身体其他疾病相比，抑郁症还不易被自我察觉。如果得了疾病，如感冒，因有外来病原体入侵，身体产生免疫反应会发烧、流涕；如果受了外伤，伤口会发炎、肿胀，从而发出警讯。而大脑病变是悄无声息的，患者直到情绪严重低落，认知发生偏差，才觉得不对劲。这时，还经常自以为只是心理问题。

写到这里，你们也许可以理解，为什么我认为“抑郁症”这个名字不科学。也许应该称它为“脑功能失调症”。不过，既已约定俗成，名字不改也罢。但我们不能受这个名字的误导，把抑郁症简单等同于心理问题，从而错失药物干预的最佳时机。

谁最容易得抑郁症

患病之前，我的抑郁症知识多来自媒体报道。三毛、张国荣、张纯如、崔永元……这一长串名单，让我想当然地认为，抑郁症是一个比较“高级”的病。精英，至少是文化人才容易得这个病。

这个误解，在我第一次去到安定医院看病时，就消除了。

在安定医院人头攒动的候诊大厅，我看到了一张张有着中国各地特征的愁苦不堪的脸。他们显然是舟车劳顿，辗转来到这里；东张西望，局促不安，一脸的惶惑和惊惧。他们经常长时间枯坐，如泥雕木塑。看着他们，我脑海里掠过王小波的一句话——沉默的大多数。

是的，在中国，即使在抑郁症人群中，也有沉默的大多数——中国抑郁症的最大人群，是穷人，在农村。

穷人是抑郁症最大群体

任何阶层成员都可能得抑郁症，贫困阶层受苦更甚。只因这个阶层活在聚光灯之外，他们的痛苦不为人所知。

研究已经证明，贫困是抑郁症的一大诱因。贫困使人抑郁，抑郁愈使人贫困，二者交互作用，导致精神障碍与孤立。贫困和抑郁，是一对鸡生蛋还是蛋生鸡的问题。

抑郁症最早可以追溯到人类的童年时期。当我们的祖先从狩猎文明向农耕文明演进时，一部分不适应这种变化、不能掌握农耕技术的

猎人，成为抑郁症最早的受难者。

由此我大胆猜测：在社会大变迁面前，不能与时俱进，被时代抛弃的人，因其焦虑、惶恐、绝望，可能成为抑郁症的俘虏——这或许可以解释，为什么近十几年来，中国国企下岗人员和农村留守人员，成为抑郁症高发群体。

另一个旁证是：接受社会救济的人群中，抑郁症比例是总人口患病率的3倍。

中国高校的贫困生一直是敏感话题。贫困生进入城市，如果得不到物质和精神上的帮助，其心理疾病的发病概率极高。目前中国高校中，贫困生约占总在校生的15%－20%，其中有心理问题的占65%。

在美国，很多穷人亦受抑郁症之苦。一项调查表明，美国85%－95%的严重心理疾病患者是失业者。

贫困群体的抑郁症识别率低，这对他们的治疗来说雪上加霜。一般来说，中产阶层的日常生活相对优裕快乐，他们得了抑郁症，异乎寻常的痛苦相对容易被察觉；而生活在社会最底层的穷人，日子本来就困顿艰难，抑郁症状会被掩盖。他自己也搞不清，他的痛苦到底是抑郁症，还是来自生活本身。很多穷人得了抑郁症，始终都不自知，也不为人所知。

所以，反贫困和抗抑郁相辅相成。对抗抑郁，一个重要手段就是帮助穷人摆脱贫困，提升改变命运的能力。

遗传基因导致抑郁

在知识阶层中，抑郁症患者也有职业之别。

演员、公务员、媒体人、警察、教师比较容易得抑郁症——这是安定医院主任医师姜涛24年行医生涯的观察总结。

他对我具体阐述："这几个行业收入差距大。公务员有守法的和不守法的；记者有敲诈的和不敲诈的；警察有好警察和坏警察……收入差距非常大，他们就容易不平衡、焦虑、压力大。"

姜涛所说完全是个人经验描述，未能验证。不过他揭示了一个现象：内心的激烈冲突和抑郁症相关。

接下来可以讨论：就个体而言，哪些因素容易导致抑郁症？

首先是生物学因素。抑郁症一般被分为内源性和外源性两大类，内源性抑郁症往往由躯体内部因素引起，带有明显的生物学特点。这个"内部因素"其实就是基因，往往通过遗传获得，它是造成大脑中三种神经递质（血清素、去甲肾上腺素、多巴胺）失衡的根源。

在现实生活中，经常可以观察到，一个抑郁症患者的直系或旁系亲属中，还有其他精神疾病患者。这说明这个家族遗传倾向明显。上海精神科医生颜文伟认为，在全世界人口中，大约有5%－10%的人有这种遗传基因，容易得抑郁症。

姜涛也认为，遗传因素对于抑郁症致病有重要作用。他给了我一个数据：抑郁症的遗传度达到80%。所谓"遗传度"，是指如果你携带致病基因，那么发病的可能性达到80%。

不过，到目前为止，人类对于遗传因素和抑郁症的内在关联，还不能给出科学的解释。即使再先进的仪器，也无法观测到大脑内部化学变化的过程。

对生物学因素之说，心理学界反对声音甚多。他们认为抑郁症主要是心理疾病。曾有一位心理医生接受我采访时，义愤填膺地表示：

西医强调生物学因素，是“想把患者都拉到医院去”，这是对抑郁症患者的伤害，会让他认为自己的“种”不好，失去对治愈的信心。

人性的“内在惩罚者”

遗传因素说尚未得到科学验证，性格因素则可以认定占有比较重要的作用。

不同的人有各式各样的性格特点。相对来说，简单、敏感、自尊、固执、要强、好胜、求全，习惯于克己、内疚、自责、自省、自罪的人，容易得抑郁症。

为什么？尚无科学解释。我个人的观察是，以上性格易于使情绪处于紧张状态；而情绪是从心理通往生理的桥梁，长此以往，紧张的情绪就破坏了大脑分泌神经递质的功能，抑郁症的种子由此埋下。

心理学认为，自责、自罪最容易破坏人的心理结构，它构成一种内在惩罚机制，对自身进行谴责和制裁。抑郁症患者的压抑、自卑、自我评价降低、活力下降，多来源于此。

我曾认真追溯过自己患病的原因。最后的结论是，也许和我童年和少年时代所处的环境有关。在我出生前，我父亲就因为是右派，被发配到苏北某地农村劳动。他在外受到迫害和欺辱，回到家里就没有好声气。因天性敏感，我从小就对严酷的生存环境有着超越年龄的感受，学会了理性、忍耐和克制，以及用约束自我的方式来抵抗外在的侵略。可是，内在的反叛性，又刺激愤怒的情绪在我内心悄然滋长。少年时代，我其实是在以一种“边缘不合作”的态度，面对异己的世界。

考上大学后，很多年来，我一直在用巨大的努力，来克服自小形成的与现实的紧张关系，寻找自我与外部世界的和解方式。我曾自以为成功了，岂知童年和少年时代的阴影，会成为潜意识中的条件性情绪性反应，植根于人性深处。

再就是环境压力因素。比如工作压力、生活压力、人际关系压力，等等，它们应该是以情绪为桥梁，殊途同归，作用于神经递质。

不过，我从来认为，仅仅单方面的压力不足以导致抑郁症。如前所说，抑郁症患者多半能够自省和克制，乃至自我牺牲。如果压力只来自一方，他们还能通过委曲求全来化解；但是，如果多个不同方向的压力蜂拥而至，并且这些压力彼此交错排斥，即使委曲亦不能求全，抑郁症就会在这时登堂入室。

曾经有一位网友来找我，倾诉她的妈妈患病的经历。她说，她的妈妈性格单纯、开朗，生活幸福，工作顺利，找不到任何患病的理由。只有一个意外事件：去年，外公、外婆从她的舅舅家转到她家生活；而两个老人，又属于性格自私怪僻、要求又多又高、根本不会为他人考虑的一类人。于是，家里安静有序的生活被打乱了。在她看来，她的妈妈是因为不能应付自己父母的压力，精神崩溃，得了抑郁症。

从这个女孩滔滔不绝的叙述中，我听出了她以及她的父亲，对外公和外婆的反感。对于她把病因单方面归于两位老人，我犹豫了一下，决定坦白地说出我的看法。

我说，即使两位老人真的自私、挑剔、无理、贪图享受，也未必能压垮她的妈妈，毕竟他们是父女、母女情分。问题是你妈妈会不会受到更多的不同方向的压力？比如，你的舅舅是不是压力？你妈妈多年未尽赡养责任，现在外公外婆不满意，她如何面对自己的弟弟？你和你爸爸的抱怨，会不会也是你妈妈的压力源？三方面都是她的亲

人，她怎么办？这三方面压力交错、对立，她只能忍耐、自我牺牲；而如果委曲亦不能求全，她内心的焦虑、自责、自罪、无奈等情绪，就可能汇集在一起，成为冲垮她精神堤坝的洪流。

“如果你爱你妈妈，你就先停止对外公外婆的抱怨，把你们这一方的压力撤掉。”我说。

最后一个因素，是创伤性突发事件。比如失学、失业、失恋、亲人去世、炒股失败，等等。不过，突发事件只是刺激因素，不是真正的病因。抑郁症植根于你的人性深处，即使没有这个创伤事件，也还会有别的事件，差别只在于爆发的时机不同。当然，如果运气好，拖个十年八年，自行消失，也未可知。

综上，抑郁症是多种因素共同作用的结果。它不只是简单的心理疾病，它的根源是某种异化的生活方式，这种生活方式导致了内心的分裂和背叛。你要战胜它，唯有用另外一种方式把它矫正过来。

找到病因，对于治疗抑郁症具有参考价值。不过，也不必过于纠结病因、追查病因，否则会制造新的压力和矛盾，对病情不利。在一个短时间内，仅仅个别诱因，不可能触发抑郁症。疾病既已爆发，病因就不再重要，就好像你用火柴点着爆竹，爆竹已经爆炸，你再追究火柴，无济于事。比如，一个女孩的病因是失恋，即使男友回心转意，她的病一时也好不了。

至于病愈后怎么处理病因？这是另一个性质的问题，且留待“抑郁症患者如何重返社会”的话题再讨论吧。

如何准确诊断抑郁症

“惺惺相惜”，用这个词来形容抑郁症病友之间的关系，再恰当不过了。我曾有一个广西病友，在网上相识，彼此交流病况后，嗟叹不已。

他的病程长达7年，两次复发，两次自杀，受尽磨难。最初，他只是失眠，觉得胸部有压迫感，医治两年不见效。后来，又出现头疼和头晕症状，医生怀疑是冠心病或血脂问题，进行了血流变学检查、心电图检查、大脑多普勒检查、核磁共振检查、胸椎颈椎检查和肝肾功能检查等，均正常。于是，又去看中医、吃保健品、请大仙，百无一效。最后，发展到长期睡眠混乱、频繁头痛、胃痛、胸痛、手脚麻木，全身都是病。整整折腾了4年半，直到侥幸碰到一位神经内科医生，确诊是抑郁症。对症治疗，30天后见效；继续治疗2年，逐渐康复。

我也曾被误诊过，但比他幸运得多。患病前五个半月，我被当成单一抑郁症治疗，无效，且从中度发展到重度，最严重时几乎呈亚木僵状态。后来，找到安定医院姜涛医生。他在第二次接诊时，即否定了单一抑郁症的诊断，确诊我为“双相情感障碍抑郁相发作”，立刻大规模调整用药。换药19天后，没有任何预兆和过渡，药物起效，我豁然而愈。就像日出的光芒驱散了黑暗，光明在这一刻骤然到来。

这几年来我和许多病友交流，发现大多数人都有过一次、甚至多次被误诊的经历。一次即确诊、一两个月内即治愈的病人，少之又少。

关于“诊断”，《汉语大辞典》是这样定义的：“从医学角度对人们的精神和体质状态作出判断。”简单说，诊断就是根据症状来识别病人所患何病。

鉴于人体科学的未知性和复杂性，诊断完全不失误是不可能的。和躯体性疾病相比，精神类疾病的诊断更为困难。这是因为精神类疾病发生在大脑内部，不能借助仪器化验和探查，只能靠医生通过问诊来采集信息，做出判断，其诊断具有更强的主观性。

很多人都幻想，能不能发明一种仪器，来测定大脑中缺乏哪一种化学物质，然后对症下药？答案是现在不能。如果谁说现在就能，那是骗人的鬼话。

2011年10月，中国“第一届抗抑郁药物论坛”在上海召开，会上公布了一个数据：全国地市级以上非专科医院对抑郁症的识别率不到20%，抑郁症误诊率高达50%；即使在上海，综合医院的内科医生对抑郁症的识别率仅为21％。换言之，将近80%的抑郁症被误诊或漏诊。

准确诊断是治疗和康复的前提。这第一步如何走好？

病人该怎么办？

准确诊断，需要患者和医生的合力。

对病人来说，最重要的是直面现实，对医生如实交代症状。

有一个朋友，一次见到我，向我诉说失眠、焦虑、没有胃口，做事提不起精神。我说：“我看你是焦虑伴抑郁，去看看医生吧。”

半年后再见她，骨瘦如柴，面色灰暗。这次，她述说经常彻夜不眠，几乎吃不下饭，觉得生趣全无。我警告她：“你现在不是焦虑伴抑郁，而是抑郁伴焦虑了。不要再耽搁，赶紧去看医生。”

后来，我隔两天就催问她去看病没有。她今天推明天，这周推下周，实在推不过，去了医院。一走出医院就给我打电话，高兴地说：“医生说，没事，不用吃药。”

谁愿意有事、吃药呢？我也放了心。孰料，隔了两三个月，又接到她电话，语调惊惶，语速迟缓，语多悲苦。我大惊，详细问过她，急了：“你现在应该到抑郁症中度了！上次医生为什么说你没事？他到底怎么说的？”她嗫嚅。我追问：“你怎么和医生说的？你说了你有自杀意念吗？”她答：“没有。”

我明白了：出于对精神疾病的抗拒心理，她向医生隐瞒或淡化了关键症状，造成误诊。与此迥异，是病人滔滔不绝，说得太多，掩盖了关键症状。

中国有病历记载的抑郁症病人约3000万人，而精神科医生严重缺乏，目前只有2万人，缺口40万人。病人太多，医生太少，专业医院医生分配给一个病人的就诊时间，也就5到10分钟。病人应该在这宝贵的时间里，抓住重点叙述病情；不要在细枝末节上喋喋不休，误导医生。

我曾看到一位病人投诉他的医生“态度不好”，理由是他在诉说时，医生屡屡打断他的话：“拣重要的说！”——医生的态度可能让病人难以接受，可是，医生分配给每位病人的时间就那么多，病人无效的陈述，耽误自己，也会占用其他病人的时间。

我在看病时，深知这5分钟的珍贵，事先是要做功课的。我会列一个书面提纲，先概述主要病情，只谈事实，不谈感想（医生没有空闲

听病人诉苦）；如果还有时间，再按照重要性次序抓紧提问，能问几个是几个。直到医生把病历塞到我手里做送客状，嘴里喊：“下一个——”这时，我知道自己该停止了。

医生该怎么办

医患沟通是一项技能。误诊发生，病人或有责任，但是，归根结底，仍是医生“学艺不精”所致。一个好医生，应该能够辨别出病人的自述中，哪些是夸大，哪些是掩饰；哪些是重点，哪些是末节。

典型的抑郁症，诊断难度不大。但很多抑郁症状是隐匿的，或者是不典型的，会和躯体性疾病混淆；在精神类疾病中，抑郁症、焦虑症、精神分裂症、双相情感障碍，有时候症状交叉，也容易混淆。

比如抑郁症和精神分裂症。有些抑郁症患者的临床表现不典型，患者就诊时不语不答，显示社会退缩、意志衰退；如果患者再有妄想和幻觉等，医生就可能做出精神分裂症的诊断。据估计，约20％的抑郁症患者因伴随幻觉和妄想，被误诊为精神分裂症。

双相情感障碍更为复杂。它是指既有躁狂或轻躁狂发作、又有抑郁发作的一种心境障碍。它处于抑郁相时，和抑郁症几乎没有区别；假如其躁狂表征不明显，即呈“软双相”，被误诊为抑郁症更是常事。

也有一部分双相病人，因其躁狂的表征，会被误诊为精神分裂症。

曾有一位朋友经人介绍来找我。我问：“你是抑郁症？”他苦笑，低声说：“更复杂。一位医生，还比较有名，诊断我是精神分裂症。”

他告诉我，有一段时间，他曾经出现过幻觉。走在大街上，突然思维纷乱，许多无意义的联想奔涌而来。比如，一辆公交车开过，他看到是多少路车，就会从数字不可遏制地联想到很多东西；在大街上，看到车水马龙，也会无限联想，感觉外界要加害于他，恐怖得从街上狂奔回家，几天不敢出门。

我听了，又把他的全部情况仔细问了一遍，大胆说："你不是精神分裂症。首先，你的理智是健全的，你对自己的状况有自知，而且积极求治。精神分裂症患者的一大特点是不自知，不认为、不承认自己有病，更不会主动求助；其次，你说的幻觉，和精神分裂症的幻觉不一样，只是思维奔逸，因为你还是有逻辑性的。"

他问："那我是什么病？"我说："我判断是双相情感障碍，同时合并了一些精神病性症状。不过，我说的不算数，我们去看医生吧。"

几天后，我带他去安定医院。他陈述病情时，接诊的医生似听非听，但特意问了几个在我看来不相干的问题："你喝酒吗？""喝什么酒？""喝多少？""上次什么时候喝的？""喝成什么样子？"然后就埋头"唰唰"开药。

我抓住这个时间空当，凑过去，躬下身，小声问："大夫，他得的什么病？"医生头也不抬，答非所问："回去好好吃药！"

下一个病人已经进来了。我不甘心，稍大声问："他得的是精神分裂症吗？"

这次，医生抬起头，倦怠地、不快地瞥了我一眼（医生大约是不愿意凡人侵入他们的领地的），一字一句回答："双相情感障碍伴精神病性症状！"

安定医院主治大夫姜涛在诊断和治疗上很受患者信任，他在接受我采访时总结说：抑郁症、双相和精神分裂患者，在社会交往、社会适应及社会功能方面的表现是不一样的。抑郁症患者更接近正常人，你和他交流，能感受到他和正常人很接近，思路很清晰，他的痛苦体验也很高；双相情感障碍患者就有一些脱离主流的表现，有一些精神病症状掺杂其中；精神分裂症患者基本上没有正常思路，情感表达很糟糕，完全游离在正常人群之外。如果为精神疾病画一个谱系，那么抑郁症在最左边，精神分裂症在最右边，双相在中间。从左到右，越来越脱离社会。

交叉复杂的病情，其界线需要细致的拿捏和准确的判断，医生如何做到？姜涛一下子也说不出个所以然来。他是个经验主义论者，把看病说成是直觉。他说："要积累经验，你看的病人多了，心里就把病人分成许多种类型；看到一个新病人，就能归到某一类，结合其他相似患者的临床经验，就能形成基本准确的判断。"

话虽如此说，一个临床医生，要从理论上升到经验，从经验再上升到直觉，谈何容易！诊断之大义，差之毫厘，谬以千里，医生和患者岂可不慎乎！

抑郁症患者如何用药

某日，一个慵懒的午后，我无意中在一个网站上瞥到一组漫画。画面上，一个人在巷道里挖掘金矿。他筋疲力尽，离金矿越来越近，只剩下薄薄一层矿壁了，只要再挥一镐，他就会置身于财富之中。然而，他不知情，放弃了，掉头而去，垂头丧气。黄金永远被封闭在黑暗深处。

这组漫画让我悚然惊觉，一半后怕一半庆幸。对于黑暗中与抑郁症抗争的人们来说，这幅画是一个寓言，它警示你：坚持到底，不要放弃在黎明前的最后一刻!

这是一个信念，同时它需要抓手。这个抓手就是——坚持服药，足量足疗程。

足量足疗程

我们已经知道，抑郁症是患者大脑中三种神经递质（血清素、去甲肾上腺素、多巴胺）失衡所致。治疗抑郁症的药物，大致就是通过改善大脑中三种神经递质的失衡，改善精神状况。

经过几代人的努力，目前抗抑郁症药物已经发展到第四代，分成八大类。其中最常用的一类，叫“选择性5－羟色胺再摄取抑制剂”，简称SSRIs。

其作用机理是：大脑刺激产生血清素后，神经元又会从突触间隙中回收血清素。SSRIs系列药物的功能，就是有效地抑制神经元对血清素的回收，从而保持其浓度。

也就是说，SSRIs并非刺激大脑生产血清素，而是减少其被消耗，从而维持大脑中血清素的平衡。

目前，SSRIs系列共有6种药，其中最著名的是百忧解（氟西汀）。

20世纪80年代初，百忧解诞生于美国，被誉为世界药物开发史上一大里程碑。据当时美国报纸报道，许多原本生性胆小或腼腆的病人服药后判若两人，增加了自信心，积极参加社交活动。一些美国报刊杂志甚至称百忧解为20世纪的“奇迹药”（Wonder?drug）。

除了SSRIs系列，还有单一作用于去甲肾上腺素的NE系列，比如瑞波西汀；有单一作用于多巴胺的DA系列，如安非他酮；有双重作用于血清素和去甲肾上腺素的SNRI系列，如文拉法辛；还有针对去甲肾上腺素和特异性血清素的Nassa系列，如米氮平，等等。总共几十种药。

一般来说，西药发挥作用是“立竿见影”的。可是，抗抑郁药是个例外。这是因为，抗抑郁药作用于大脑，要经历一段漫长的旅程。实现改善大脑神经递质的功能，既需要足够的药量，也需要足够的时间。任何一种抗抑郁症起效，至少需要4到6周的时间，有的甚至需要6到8周。这就是“足量足疗程”的由来。

很多患者不知此理，服药三五天后，发现没有效果，就失望而停药；也有的患者坚持服药一段时间，正面效果没有显现，副作用却先期到来。他看不到前景，又难以忍受副作用的痛苦，中途放弃服药，何其可惜。

因此，无论选用哪种药，都必须用足治疗剂量。不要期待奇迹发生，要咬紧牙关，坚持一直到药物起效。

如何选药

足量足疗程，靠患者坚持。对医生来说，需要考虑的是如何为患者选药，以及确定药的组合。

北京安定医院姜涛医生曾对我说，选择恰当的抗抑郁药，关键是把握抑郁症是一种特质性疾病。抑郁症的临床表现有多种变异性，不同的药，药物特点有差别；同一种药，用在不同的病人身上，反应也有差别。临床医生选药，既要把握某一种药的药性，又要能合理评估它对于病人的效果。

这么多种药，能不能说哪个药更好？姜涛认为，不存在明显的等级关系，关键看药物对于病人的疗效，以及耐受性及安全性。作为医生要积累临床经验，积累用药的感觉。

广州医科大学附属第一医院余金龙医生也认为，药和药之间，没有太大的差别，就看怎么用。

他撰文称："同一种药物治疗同一个病人，有的医生用起来疗效好，并且副作用小，有的医生用起来不仅疗效差，副作用也大。为什么？经验使然。有的好医生，几十年来长期大量用某个药物，就会摸透那个药物的特性，熟知如何将那个药物的疗效发挥到最佳，如何将其副作用减少到最小。"

他举例说，中山三院有位老专家特爱用奋乃静，广州市脑科医院已故陈院长特爱用舒必利，还有一位主任偏爱用丙戊酸钠。这些普通的药物在这些老专家用来，通常疗效就比其他医生好，副作用比其他

医生少，为什么？他们几十年来长期大量用某个药物，就会摸透那个药物的特性，熟知如何将那个药物的疗效发挥到最佳，如何将其副作用减少到最小。

对医生来说，技艺高低就在于如何将某种药的疗效发挥到最佳，以及将该药的不良反应减少到最小。

如何对待副作用

药物副作用是患者自我救赎之路上的大敌。毋庸讳言，副作用确实存在，有的表现为口干、视力模糊、排尿困难、便秘、轻度震颤及心动过速等，有的可能引起直立性低血压、心动过速、嗜睡、无力等症状。

不过，副作用也没那么可怕。很多患者一打开药品说明书，就被上面列举的密密麻麻的副作用吓倒，不敢吃药。其实，西药对于副作用，是“丑话说在前头”。西药上市前，要进行多期药物实验，只要任何一名患者出现一种副作用，说明书都会把它列举出来。事实上，出现这些副作用的概率非常低。

患者还应区分不适感究竟是症状，还是药物副作用。症状和副作用往往接近，如果把所有的不适都归为副作用，患者就可能不堪忍受而中断治疗。

副作用也因人而异、因时而异。副作用的大小和患者本身体质关系很大，与他服药时的内环境有关，包括心理状态。当患者身体状况较好时，他对于药的耐受性就很好。例如躁狂时很多病人不觉得药物有什么副作用，抑郁时就会觉得很难接受。

我个人的观点是，对于疾病和副作用，应是“两害相权取其轻”。无论如何，副作用和抑郁症对人的精神、肉体的摧残相比，微不足道。

经常是这样：当你服药未见效时，你对副作用感受非常强烈，对所服的药无比仇视，每一次服药，都要作心理斗争；一旦见效，药还是同样的药，你再看它，就会觉得非常亲切。

一位网友给我留言道：“犹记得自己好的那一刹那，恨不得跳起来跑出去拥抱全世界！”

——当你感受到药物把你从深渊里拯救出来，一点点副作用又算得了什么呢？

换药和停药

是不是抗抑郁药物统统有效？不是。由于抑郁症的特异性和患者的个体差异，有些抗抑郁药物对某些病人是无效的。

姜涛告诉我，对于单相抑郁，药物的有效率比较高，接近70%；如果是双相抑郁，单纯使用抗抑郁药物的有效率可能也就是百分之四五十，甚至更低。

如果一种抗抑郁药物疗效不佳，或者耐受性不好，就可以考虑换药。换药要特别小心、仔细，考虑到各种风险。旧药停止服用后，还会在体内残留一段时间，它和新药相互作用，往往增强副作用，病人可能会非常痛苦。

这个过程会持续多长时间，因人、因药而异。比如，旧药是百忧解，因其半衰期较长，可能持续一个月；半衰期短的药物，也许需要

一到两周。

因此，换药时，要缓慢停掉旧药，等1－2周后再吃新药。停药和加药，不能一蹴而就，可以从四分之一片开始，一点点往上减或加，避免对身体的过度冲击。

联合用药

有的患者，运气特别糟糕，换药两三次都无效果，就可以归之为难治性抑郁症。对他们，往往需要联合用药。

所谓联合用药，就是把不同系列的药合并运用，取长补短，形成合力，实现治疗效果。联合用药因其高难度，对医生的技能和勇气都是考验。

医界对联合用药有争议。北京大学第六医院主任医师姚贵忠不支持联合用药。他对我说，联合用药会加重药物的副作用；而且一旦起效，不知道是哪一种药起作用，会影响后续治疗。

姜涛则认为，单一的抑郁症不需要联合用药，但如果是难治性抑郁症，联合用药效果可能会更好。尤其是双相抑郁的患者，更需要联合用药。可以在充分使用心境稳定剂的基础上，短时间联用抗抑郁药物。

至于各种药之间相互作用如何处理，姜涛提示，要注意到有一个治疗窗口期，即血药浓度的高低范围。副反应与血药浓度的高低呈相关性，只要合并用药不会明显升高血药浓度，超过治疗窗上限，就可以估算出哪个药在起效，哪个药在增效，何时会出现副反应。

当然，这需要对药物的药理、毒理有准确把握，尤其是对病人的耐受性有判断。

如何应对这些复杂的情况？姜涛将其归之于直觉。

他说，一定要积累更多的临床经验，同时更多阅读临床循证文献。医生见的病人越多，积累的临床经验就越多。结合循证医学的理论指导，把病人分成几种类型，长期下来，就能找到一些规律，最后形成直觉。

我的用药分析

最后，来分析一下我自己的用药经过。

2012年3月，我被诊断为抑郁症中度偏重。用的第一种抗抑郁药是喜普妙（氢溴酸西酞普兰片）。喜普妙是SSRIs系列的一种，是血清素的再摄取抑制剂。

服用喜普妙三个多月，足量足疗程后，仍然无效。不得已，医生换了一种新药——米氮平。

我现在认识到，喜普妙对我无效，可能是两个原因：一是诊断失误，选药缺乏针对性；二是药量不足。

米氮平属Nassa系列，是对去甲肾上腺素和血清素的二次摄取具有双重抑制作用的抗抑郁药物。医生启用米氮平，是试图从另一个通道用药，探测效果。换上米氮平后，除了睡眠好转，情绪和躯体症状仍然无改善。到了6月上旬，医生束手无策，劝我住院，接受电击疗法。我不愿住院和电击，于是换了姜涛医生继续治疗。第一次就诊，他给我换上两种药：瑞波西汀和碳酸锂。

瑞波西汀是单一的对去甲肾上腺素具有强刺激作用的再摄取抑制剂。碳酸锂是一种老牌的情绪稳定剂，是治疗双相情感障碍的传统药物，同时对于抗抑郁药物具有增效作用。我猜测姜涛给我使用碳酸锂，出于两个考虑：如果我是双相，则起稳定情绪的作用；如果不是双相，则作为增效剂，助力瑞波西汀。

一周后，我复诊。此时药物尚未起效，姜涛有些着急，又开了一种药——舍曲林。舍曲林和喜普妙一样，同属SSRIs系列，但舍曲林不易转躁，可以和瑞波西汀联手加强药效。

在并用舍曲林后第二天，我出现严重的副作用。我问姜涛怎么办。姜涛回信息说："坚持，如果实在受不了，就把舍曲林减半粒，一周后加回。"

我想：反正一周后还是加回两粒，现在减半粒，岂不是浪费时间？于是决定咬咬牙坚持下去。

我现在理解，姜涛治疗的最关键一步，是正确判断我处于双相重度抑郁期，且生命动力缺乏，因此选用对去甲肾上腺素具有强刺激作用的瑞波西汀，并联用舍曲林和碳酸锂，先将我从重度抑郁中拉出来；然后，及时察觉我出现转躁苗头，确信我是双相，立刻决定停掉做了重大贡献的瑞波西汀，减半舍曲林，同时加上奥氮平压躁狂。再过一周，又加上拉莫三嗪防抑郁，从此治疗方案稳定至今。整个过程，行云流水。

姜涛承认，他的用药风格偏于激进，也有一些同行不认可他。他这样做，只是希望病人尽快见效。

很多医生不愿激进治疗，是担心患者不能耐受走上绝路。如果出现这种极端情况，是医生的失败。感谢姜涛对我的信任，相信我不会

自杀，大胆选药，恰当组合，为我赢得了宝贵的时间。在他治疗的第19天，药效显现。

犹记药物见效的那一天：如同一个密闭的房间，被厚厚的窗帘遮挡，不见一丝光亮。突然，“唰”的一声，窗帘被一只手强有力拉开，灿烂的阳光瞬间破窗而入，穿透了整个房间。

双相是怎么回事儿

我在“如何准确诊断抑郁症”中提到，双相情感障碍是一种更难处理的精神疾病，可能和抑郁症相混淆，也可能和精神分裂症相混淆。

双相是怎么一回事儿？先讲两段故事吧。

两段故事

曾经，我接待了一位前来求助的抑郁症少年的父亲。少年原是武汉一所名牌中学优等生，成绩排名年级前五，是上北大的料儿。岂知在高一得了抑郁症，求治四年，期间还被误诊为精神分裂症，住院三个月。最后，迫于无奈，家人不得不强逼儿子再次住院，接受电击疗法。

就在预定电击的那天早晨，可怜的父亲一早来到病房，看到儿子已经异乎寻常地起床了。坐在床边，表情平静，眼神清澈明亮。父亲正惊讶，儿子开口说：“爸爸，我好了。”

父亲大惊，问：“你怎么好了？”

儿子指着病房里的一盆花说：“昨天我看这朵花颜色是灰的，今天看是红的。”

真是喜从天降！父亲赶紧把妈妈叫来，一家人悲喜交集。而后，儿子雀跃着给昔日的同学打电话，告诉他们病好了。父母欣慰地看着

儿子兴奋而流畅地打电话，一扫昨日的畏缩、呆滞。

给自己的同学打完电话，儿子意犹未尽，又把爸爸妈妈的手机拿来，翻开通讯录，不管三七二十一，挨个拨通，滔滔不绝说起来。

父母亲脸上刚刚绽开不久的笑容凝固了。他们觉得不对劲，赶紧去找医生。

迹象实在太明显了。在少年患病四年后，医生作出了正确的判断：正在从抑郁相转向躁狂相。医生立刻调整治疗方向，少年逐渐康复。

再说说我自己的故事。上一篇提到，我在经姜涛医生治疗的第19天，豁然而愈，所有失去的社会功能全部恢复。当天夜里，兴奋地一夜无眠；第二天上午，毫无倦意，去红螺寺爬山，健步如飞，体力健旺。

当晚，我给姜涛医生发了一个信息，表达谢意。他迅速回信息，就几个字："你来找我看看。"我回信："好，本周六我就来复诊。"他又回信息："不能等到周六，明天就来，让我看一眼。"

话已至此，我不能不去。第二天，姜涛医生见到我，只瞥了一眼，就说："你有转相的苗头，赶紧调药。"随后开药，加奥氮平，停瑞波西汀。当晚，睡眠恢复，逐渐平稳。

我后来一直思索，为什么姜涛医生非要我让他"看一眼"？他看到了什么？

我猜测，这也许就像我让记者把稿子拿来让我看一眼，外人看不出名堂，可我扫一眼就能看出稿子新闻事实够不够，有没有修改基础。也许当时我的表情、脸色、举止中，就蕴含着某种信息，姜涛医生一望便知是否转相。

双相的两极

从上述两个事例，读者也许能明白，患者那种兴奋、激越、精力充沛，是双向情感障碍的特质之一。

医学书籍载：双相情感障碍是一种既有抑郁发作、又有躁狂发作的疾病。躁狂相的特征是兴奋、激动、乐观、情感高涨；抑郁相恰是另一极端，是悲观、呆滞、情绪低落、思维迟缓、运动抑制。二者可交替循环发病，一个阶段化悲为喜，一个阶段又转喜为忧。

临床医生们如此概括躁狂相的表现：

1．心境高涨，自我感觉良好，整天兴高采烈，得意洋洋，笑逐颜开，有感染力，常博得周围人共鸣，引起阵阵欢笑。

2．思维奔逸，反应敏捷，思潮汹涌，有很多的计划和目标，感到自己舌头在和思想赛跑，言语跟不上思维的速度，言语增多，滔滔不绝，口若悬河，手舞足蹈，眉飞色舞。即使口干舌燥，声音嘶哑，仍要讲个不停，信口开河，内容不切实际，经常转换主题；目空一切，自命不凡，盛气凌人，不可一世。

3．活动增多，精力旺盛，不知疲倦，兴趣广泛，动作迅速，忙忙碌碌，爱管闲事；常挥霍无度，慷慨大方，好为人师；举止轻浮，常出入娱乐场所，招蜂引蝶。

4．面色红润，双眼炯炯有神，心率加快，瞳孔扩大。睡眠需要减少，入睡困难，早醒，睡眠节律紊乱；食欲亢进，暴饮暴食；对异性兴趣增加，性欲亢进。

上海精神科医生颜文伟，记载过一个典型病例。在此简述如下：

1996年，有一次，情绪明显抑郁。然而，突然间，情绪出现好转，觉得思维变得很快，反应迅速。突然变得喜欢与人打闹，感觉自己的前程一片大好。还发明了“WC”的手势。又自称发明了“小偷可以在下雪天倒穿着鞋作案，这样就不容易被捉住了”等方法，感觉自己很不一般，话也多起来，行动也多起来。

……2001年，因为工作和恋爱问题，曾企图自杀未遂。同年7月，由北京某医院诊断为重度抑郁症，给服文拉法辛。服药两周后，感觉突然好转，回到单位上班。原来自己不敢走大路，那天晚上，自己就特意走在路中央，不怕见人。晚上亢奋得睡不着，感觉这下自己好了。第二天到单位，到我们同事的办公室，滔滔不绝地讲个没完，好像自己已经找到了解决问题的办法，似乎一切都是那么美好……

……2005年，2006年，又多次抑郁发作，仍被诊断为社交恐怖症，反复住院治疗，用帕罗西汀、舍曲林等，效果不佳。2009年，自行停药，进行心理治疗10个月，效果也不行……

2010年10月再次抑郁复发，记得在治疗中途，有一段时间感觉良好，精力旺盛，沉迷于钓鱼，白天做有关周末钓鱼的准备工作，晚上上网看有关钓鱼的文章和视频，觉得睡眠需要减少，很是亢奋。甚至还想进行夜钓，想参加钓鱼比赛、成为钓鱼高手等等。在这段情绪好的时候，感觉生活非常美好，心情舒畅，行动起来争分夺秒。这样大概持续了一个月后，感到疲惫，情绪又见低落，乏力嗜睡，早上起不来床，一睡一整天。

总之，在这十几年里，多次抑郁复发。最近几年，发作越来越频繁。有时候一个月发作一次，最长不超过两个月，肯定会有一次情绪低落，四五天到十天左右。情绪低落的时候，没有精神，不想说话，不想做事，思维缓慢，早上起不来床，自责，担心，恐惧等等。此后，情绪会突然好转，这时，感觉一切都没有问题，自己不比别人差，反而比他们反应快，比他们更聪明，一切都那么美好，给自己设

定了远大的目标。但是过不了多长时间，又会再次陷入抑郁和恐惧当中。十几年来，就一直这样往复循环，曾自杀未遂一次，住过三次院，受尽了病痛的折磨，没有办法逃出这个“魔圈”。

颜文伟医生指出：这是一个十分典型的双相患者。很可惜，不少医生不认识，只知道他是抑郁症，只知道给他吃抗抑郁药，导致患者变成“快速循环型”。

几个实例

这两年，我和一些网友，也交流过双相的表现。时过境迁，对当时自己的种种表现，大家哈哈一笑。

一个网友，2000年在哈尔滨冰雪大世界，看到有个四层楼高的由冰堆砌的城楼，城墙上顺下几根麻绳，他认定自己能爬上去，而且非要顺着绳子爬上城楼。几千个游客没有一个敢这么干的。后来他被他弟弟和妹妹死活拦住了。

某市一个患者，本是一个谦虚谨慎的人，躁狂期屡次要去找市长，和市长面谈振兴本市经济的大计，被秘书拦住，一次也没见成。

一个大学生，生性腼腆。躁狂期间，突然变得非常自大。他自以为悟到了人生的真谛，去食堂吃饭时，就站在食堂台阶上宣讲。结果被当成精神分裂症押进医院。治了半年，才发现其实是双相。

一个内蒙古的网友，2009年夏天跑到草原上露营8天，在漆黑的夜里安睡，以为自己可以应付一切野兽……

值得注意的是，双相抑郁未引起临床医生足够重视。有报道称，37%的双相抑郁症患者被误诊为单相抑郁，长期使用抗抑郁药治疗，从

而诱发躁狂、快速循环发作。

双相情感障碍与抑郁症是两种机理不同的疾病。如果诊断为双相，就不能只吃抗抑郁药，而必须用情感稳定剂，主要是碳酸锂、丙戊酸钠、卡马西平和拉莫三嗪。如果实在过分兴奋，还可用奥氮平等治疗精神分裂症的药物，暂时把兴奋情绪“压一压”。

只要坚持服用足量的情感稳定剂，双相就不会复发，可以恢复到病前状态。

如何识别双相

很多患者病愈后，都会怀念躁狂期那段独特的生命体验：心情愉快，情绪高涨，自信心增强，创造力旺盛，工作成绩提高……

何以如此神奇？我有一个大胆猜测：人的潜力到底有多大？不知道。平日，人的大脑只被开发了5%，而双相躁狂相时，可能大脑内产生了某种化学反应，大脑潜能突然在短时间内被多开发了一部分，种种超常便发生了……

也许有的读者会问：这不是好事吗？我还求躁狂而不得呢！

是的，是好事。但是，天下能有免费的午餐吗？无数血和泪的事实证明：在躁狂之后，必然有抑郁；躁狂有多高，抑郁就有多深。压躁狂，其实是为了防抑郁。

关于躁狂，我有一个解释：人的生命好比一碗灯油，一般来说，每个人拥有的灯油数量都是差不多的（天才除外）。你的生命之灯能燃多长时间，决定于你的火苗有多旺。当处于双相的躁狂相时，你的

生命火苗突然蹿高，烛照光亮的旅程；可惜，好景不长，你的生命灯油被消耗得很快，结局便是耗竭……

回顾我患病前后的情况，大致可以推定，2011年的夏天，也就是患病前半年，我可能就经历了一段躁狂期。那时，精力无比旺盛，虽然每天只睡四五个小时，也毫无倦意；情绪总是高涨，心情总是愉快，思如泉涌，自信从容，队伍齐整，工作顺利……岂知潜埋的炸弹即将引爆……

留存下来的，是那年10月我赴波兰访问时拍的一组照片。用的是一个小小卡片式相机，但取景、构图、用光，远超我平常水平。“摄影的本质是发现。”我回来后洋洋得意地向别人吹嘘。

我哪里知道，这是通往抑郁之路上的回光返照呢！

好医生好在哪里

最近连续接触了几个病例，对精神疾病治疗的复杂性有了一些领悟。

这几个病例，有的很快治好，也有的波动反复，或迟迟不见效。我反复思考，觉得可以用“治疗窗”这个概念来解释。

误诊难以避免

从现有医学实践看，精神疾病药物的有效性是显而易见的。这好比拉一下灯绳，“咔嗒”一声，灯就亮了——吃药就相当于拉下开关，只要药物到位，患者的症状自然就能缓解。

当然，这需要一系列前提条件。比如，灯要亮，必须有电，且线路是通畅的；同理，对患者来说，药要起效，首先药物要对症，其次患者要按医嘱吃药。

但现实总比理论复杂得多。据我观察，单一的精神疾病并不难治。比如说，单相抑郁症，即使到了重度，也可按图索骥，用上一两种抗抑郁药（多在SSRIs系列中选择），大约6到8周内症状就能缓解；即使运气实在糟糕，换上一两次药总能见效。然后维持治疗几个月，或可临床治愈，进入减药阶段。

比较难治的是双相。双相之所以难治，首先在于确诊困难。

双相在发作之前，大多表现为单相抑郁，患者很少有躁狂或轻躁狂发作的体验。很多患者往往在多年后追溯病史时，才会隐隐约约想起自己或曾有过轻躁狂的迹象。也有约五分之一的双相患者，以躁狂起病，这又会被误诊为精神分裂症。

正因为如此，大多数双相患者都被误诊过。来自欧美国家的统计资料表明，双相患者平均要经过8年才能确诊。69%的双相患者曾被误诊为单相抑郁、焦虑症、精神分裂症、人格障碍和物质依赖等。

其次，双相即使被确诊，治疗起来也比单相复杂得多。主要原因在于双相患者总在抑郁和躁狂的两极间游走或震荡，假如再合并抑郁、焦虑、强迫，或者人格障碍、成瘾行为，种种症状相互牵制，治疗时就会投鼠忌器，顾此失彼，很难下手。

患者自身情况，也是不能不考虑的制约因素。比如，有的患者肝功不好，或者血糖高，某些药就不能使用；有的患者体质较弱，对药物副作用耐受性差，其选择余地就会变小。

“治疗窗”的概念

由此，我提出“治疗窗”的概念。

我认为，一种复杂的精神疾病，如果合并多种症状，加之患者本人个体情况复杂，其治疗的时间和空间就会被限定。

这个治疗时空，或可比喻为一个窗口。单一病症的治疗窗口较大，随便怎么治都能见效；而病症每复杂一分，治疗窗口就缩小一分；复杂到一定程度，有限的窗口就会被横七竖八的木条遮蔽，且时刻在发生变化。一个精神科医生的高下之分，就在于他能否把握这个稍纵即逝的时机，把药物投进窗口。

首先，他要能准确识别各种症状的本来面目（它们经常是隐晦的或含混的）；其次，他必须宏观把握，通盘考虑，综合处理各种症状。要点不可缺，次序不能乱。否则，就会顾此失彼，“按下葫芦起来瓢”，对冲治疗效果。

《史记·淮阴侯列传》云：“时乎时，不再来。”所谓时机，就是指那种一旦失去，就再也不会回来的那种东西。对于治疗精神疾病，时机就是如此重要。

比如，患者本身包括其心理状态等内环境，就是一个变量。如果他身体状况佳，活力十足，他对于药物副反应的耐受性就较好；反之则差。这个时候，对治疗窗的判断，就是看患者体内的血药浓度范围。只要合并用药不超过治疗窗的上限，就可以抓住时机，大胆用药。

科学的态度就是对未知常怀敬畏之心

我发了几篇探讨抑郁症药物治疗的文章后，引来一番关于“如何治病”“吃药不吃药”的争论。

类似的争论由来已久。面对精神疾病，确有很多人反对西医，反对吃药看病，主张心理、中医、针灸、灵修、瑜珈等等，认为这些疗法见效快，不痛苦，无副作用，可以治根，永不复发。

比如，有网友评论我的文章说：

从抑郁症的诊断到治疗效果，都极其糟糕！双相的有一半是误诊！治疗效果呢？用医生自己的话说“用大炮打蚊子”，碰运气！这是患者的、医学和社会共同的悲剧！最痛苦的还是患者及其家庭。

我不得不为这个女孩感到悲哀！被医院扣上一顶“双相”帽子，等待她的会是什么？吃药可以暂时缓解女孩的症状，但是女孩的现实问题，学业、人际……怎么解决？停药后的复发怎么办？将来生活中再遇到其他挫折呢……

还有一位网友献计献策：

完全不认可医生的诊断，这么多药，越吃越傻，干脆让她吃毒药早死算了。关键是解决母女关系！！！母女亲密了，孩子高兴了，症状自然会消失。

（笔者注：网友提到的女孩，是我此前文章中提到的一个患者。）

针对以上讨论，我一并表达我的看法：

1．现代医学承认自身的局限性，承认治疗精神疾病的复杂性和长期性。比如，对于抑郁症，统计表明，治疗的有效率在70%。双相情感障碍则更低些。这确实不令人满意，但也不是如上述网友所说，是“极其糟糕”。毕竟，全中国有病历记载的3000万抑郁症患者，大多数是通过西医治愈的。如果放弃西医和药物治疗，能否找到其他替代方式？如果不能，那么暂且不要否定西医。

2．关于治本。其实，在很多时候，治标和治本，差别不是那么大。医学上本来就有“对症治疗”和“对因治疗”之说，并无高下之分。对于很多疾病，缓解症状足矣。比如感冒，它是一种自限性疾病，不加治疗，一个星期左右也可自愈。治疗感冒，只要能缓解头疼、鼻塞、咽痛症状就行，何须治本？

3．关于副作用。副作用确实存在，但也没那么可怕。因为副作用的概率非常低，并不总是出现。副作用的大小，和患者本身关系很大，也与他服药时的内环境有关。无论如何，副作用和精神疾病对人的摧残相比，微不足道。因此，在疾病和副作用之间，应是“两害相权取其轻”。

4．关于复发。精神类疾病治愈后确实容易复发，但并非无规律可循。经验证明，只要在规定时间段内，严格遵守医嘱，坚持服药，锻炼身体，辅之以心理调适，则复发的可能性并不大。

5．概括而言，当下西医治疗精神疾病确实不够理想，但暂时没有别的疗法可以替代。它是无奈的选择，也是最不坏的选择。如果为此否定和放弃西医治疗，只单一尝试其他疗法，后果难测。而劝告患者不去看病吃药，对己对人，都风险极高。

6．关于疗法之争。我认为，鉴于精神疾病的治疗总体水平不高，还有很多未知数，因此不要轻易否定别的疗法。更不能为了宣传某一种疗法，不顾事实，夸大自己，贬低别人。

医学是一门科学。讨论科学问题，要有科学的态度，即看到自身的局限性，以一种开放的、包容的胸怀，以严密的逻辑，去探索未知世界，而并非简单地坚持什么、肯定什么、否定什么。

一句话：所谓科学的态度，就是对未知常怀敬畏之心。

揭开抑郁症黑箱

抑郁症是最能摧残和消磨人类意志的一种疾病，它对人类经济生活、社会生活和精神生活造成的影响是灾难性的。

可是，迄今为止，在世界范围内，人们对抑郁症的认识还非常初级。抑郁症的发病机理、治疗路径、预防预后，仍是一个黑箱。世界各国对于抑郁症，至多是对症治疗，远不是对因治疗，还停留在经验和摸索的阶段。

抑郁症正离人们越来越近。了解抑郁症，科学对待抑郁症，是抑郁症治疗和康复的前提。为此，我和北京安定医院专事精神类疾病临床治疗的主任医生姜涛进行了一次对话。

认知

人类对抑郁症的发病机理，以及对药物治疗抑郁症路径的认识还很模糊。您诊治精神类疾病24年了，这几年，您感觉抑郁症患者数量在增加吗？

比以前大幅增加。有两个原因：一是诊断标准变化了，过去对精神分裂症的诊断标准过于宽泛，对抑郁和心境障碍的诊断标准过于严格，很多心境障碍患者都诊断为精神分裂症，现在就给他们摘掉精分的帽子，回归为抑郁症；二是这几年抑郁症的发病率确实逐年上升，大概以10%的速度在增长。

为什么抑郁症的发病率逐年上升？

这和社会竞争压力大、生活节奏快有关。抑郁症跟外界环境的关系比精神分裂症要紧密得多。

竞争压力、生活节奏本身会造成抑郁症吗？

不会。抑郁症是多种因素综合作用的结果，有遗传因素、性格因素以及社会因素。其中决定因素实际上还是生物学因素，即遗传因素。研究表明，抑郁症的遗传度达到80%，就是说，如果你携带致病基因，那么发病的可能性达到80%。

因此，如果你本身有家族史，基因有缺陷；加上性格有压抑、环境压力大，再遇到什么大的刺激，就可能爆发抑郁症。也有人得抑郁症，找不到任何原因。没有家族史，生活没有压力，性格也很好。那可能是存在基因突变。

如何判断一个人有没有抑郁症基因？

这不好判断，因为抑郁症的基因没法确定。目前对抑郁症的认识，还没能深入到细胞里面，只停留在现象学的范畴。

但目前的研究已经证明，精神类疾病，无论是抑郁症、双相情感障碍，还是精神分裂症，都跟大脑的神经递质有关系？

是的。20世纪上半叶，研究人员获得一些抑郁症自杀者的大脑，解剖后发现三种神经递质（5-HT、去甲肾上腺素和多巴胺）浓度低于常人。这三种神经递质非常有用处，它们的功能是在脑细胞之间传递信息，掌管人的情绪、意志、欲望、情感等等。

如果这三种神经递质多了或是少了，就会表现为抑郁症、双相或者精神分裂症，以及其他大脑疾病。

不过，这仍然只是对现象的描述。相关性确实存在，但为什么相关不清楚。抑郁症的发病机制很复杂，目前仅有一些假说，这些假说都有一些研究结果来支持，但这些假说有时互相矛盾，甚至互相否定。

现在倾向于认为，抑郁症是一组病因和发病机制不同的异质性疾病，而不是一种疾病。它们各有其发病的原因和机制，无法用一种病因和机制来做出解释。

能不能通过显微镜之类的仪器看清楚？

这个东西太微观了，实际是在中枢神经细胞的细胞器中。它的变化，发生在线粒体、内质网、细胞核里头。现在还没有仪器能观察它。

这方面科研进展不快？

美国在10年前做了一个“脑风暴”，专门研究神经系统，投了很多钱，最后没有取得什么有创造性的成果。

中国呢？

相对于发达国家，中国这方面研究进展更差一些。

有人说，人类对大脑的了解，只是冰山一角。这符合实际吗？

对。我还听说一句话：人的大脑中有100亿个脑细胞，宇宙也有100亿颗星星，但目前人类对大脑的了解，还远不如对宇宙星球的了解。

也就是说，我们对抑郁症发病机理的研究，以及对药物治疗抑郁症的路径的认识还是很模糊？

我再打一个比方吧：糖尿病也很难治，如果说当代医学对糖尿病的认识达到近代的话，对大脑疾病的认识，恐怕还停留在公元前。

诊断

如果为精神疾病画一个谱系，那么抑郁症在最左边，精神分裂症在最右边，双相情感障碍在中间。从左到右，越来越脱离社会。

如果医学对抑郁症的认识还这么粗浅，那么治疗岂不是没什么把握？比如，第一步，如何诊断？

诊断确实是一个难题。精神类疾病的诊断，不能靠化验和仪器，主要靠问诊。而问诊，主观性很强。比如，有个大夫他自己得过抑郁症，他有可能主观地把好多人都看成是抑郁症。

抑郁症和焦虑症、双相情感障碍以及精神分裂症，有时候因为症状有交叉，所以鉴别诊断很难。如果误诊，治疗效果会适得其反。

在抑郁症知识未普及前，约20％的抑郁症患者因伴随幻觉和妄想，被误诊为精神分裂症。对抑郁症认识提高后，双相情感障碍抑郁发作，又容易被误诊为单相抑郁发作，就是平常所说的抑郁症。

双相情感障碍是指发病以来，既有躁狂或轻躁狂发作又有抑郁发作的一种心境障碍。它和抑郁症虽然都属于心境障碍，但在治疗原则上显著不同。

双相情感障碍的自杀率高于抑郁症，如果按照抑郁症治疗，一是对抗抑郁药物有抵抗而让人感到难治；二是解除抑郁后，会导致转向躁狂，发病频率明显加快。发作频率越快，治疗难度越大，患者自杀风险越高。

要做到正确诊断，有什么样的原则？

首先详细询问病史。准确的精神检查结合其他相似患者的临床经验，时间长了就形成基本准确判断。

比如，抑郁症、双相和精神分裂患者在社会交往和社会适应及社会功能方面都是不一样的。抑郁症的病人其实更接近正常人，你和他交流，能感受到他和正常人很接近，思路很清晰，他的痛苦体验也很高；双相情感障碍就有一些脱离主流的表现，会有一些精神病症状掺杂其中；精神分裂症患者基本上没有正常的思路，情感表达很糟糕，完全游离在一个正常人群之外。

如果为精神疾病画一个谱系，那么抑郁症在最左边，精神分裂症在最右边，双相在中间。从左到右，越来越脱离社会。

那误诊率高吗？

应该挺高的。像北、上、广这几个城市，识别率比较高。一些偏远的基层医院，误诊就比较多。

用药

抑郁症临床表现有多种变异性，不同的药，药性有差别；同一种药，不同的病人反应也有差别。选药时，既要把握某一种药的药性，又能合理评估它对于病人的效果。

诊断容易出错，用药呢？

用药也很复杂。刚才提到，抑郁症和大脑内三种神经递质（5—羟色胺、去甲肾上腺素、多巴胺）的浓度有关。治疗抑郁症的药物，大

都是针对这三种神经递质开发的。

最早的治疗抑郁症药物异烟肼的发现，纯粹是一个偶然。当时的异烟肼是抗结核病药物，可是在做药物实验时，意外发现结核病患者服用异烟肼后会改善情绪。顺着这个路径，第一代抗抑郁症药物就被研制出来了。

至今，抗抑郁症药物经过不断改进，已经发展了很多代。比如，单一作用于5－羟色胺的一类药是SSRIs系列，包括六种药，其中最常见的就是百忧解；单一作用于去甲肾上腺素的，称为NE系列，比如瑞波西汀；单一作用于多巴胺的是DA系列，比如安非他酮；还有双重作用于5－羟色胺和去甲肾上腺素的，是SNRI类，如文拉法辛；还有去甲肾上腺素及特异性5－羟色胺抗抑郁药，叫Nassa系列，如米氮平，等等。总共几十种药。

如果不同类、不同种的药物，排列组合起来，可能的选择就更多了。

选药的难度在哪里？这么多种药，如何选药和确定组合呢？

抑郁症的一大特点是特质性，临床表现也有多种变异性；不同的药，药物特点有差别；同一种药，用在不同的病人身上，反应也有差别。

所以临床医生选药还是有难度。就是既要把握某一种药的药性，又能合理评估它对于病人的效果。

怎么综合判断？

一定要积累更多的临床经验，同时要更多阅读临床循证文献。你见的病人越多，积累的临床经验就越多。结合循证医学的理论指导，就能把病人分成几种类型，长期下来，就能找到一些规律。

这么多种药，能不能说哪个药更好？

不存在明显的等级关系，选哪个都可以，关键看药物对于病人的疗效、耐受性及安全性。作为医生主要还要积累临床经验、积累用药的感觉。

药物的有效率有多高？

一般单相抑郁的话，有效率还是比较高的，接近70%；如果是双相抑郁，单纯使用抗抑郁药物有效率可能也就是百分之四五十，甚至更低。

如果无效，那怎么办？

如果这种抗抑郁药物疗效不佳，或者耐受性不好，就可以考虑换药。换药要特别小心、仔细，要考虑到各种风险。病人可能会非常难受。要具体情况具体分析。

您看的病人有没有两三个月都没效果的？

有，当然有。有一些难治性抑郁症的患者，对于许多抗抑郁药物都存在治疗抵抗的问题，需要多方位的评估判断，同时根据既往获得的临床经验，合理选择抗抑郁药物，才有可能改变临床疗效。

能不能用仪器测一测，发现病人缺哪一种神经递质，然后对症下药？

目前没有这种仪器。

抑郁症中，有一种类型叫难治型抑郁。这是什么因素造成的？

有的是临床异质性，是基因决定的；还有就是反复发作治疗不当引起的。

碰到这种病人怎么办呢？

非常难办。但只要坚持治，多多少少都会有效果。但是疗效不好，预后不佳。

我观察到您喜欢联合用药。但很多医生不主张联合用药，认为这样做会加重药物的副作用；而且一旦起效，不知道是哪一种药起作用，会影响后续治疗。

单一的抑郁症，不需要联合用药。但如果治疗难治性抑郁症，联合用药效果可能会更好。尤其是双相抑郁的患者，更需要联合用药。可以在充分使用心境稳定剂的基础上，短时间使用合理的规定的抗抑郁药物。但SNRI类的药物不宜选用，因为这一类药会刺激你兴奋。

至于各种药之间的相互作用，要注意到有一个窗口期。你对药物的药理、毒理都要特别明确，同时对病人的耐受性有判断。你还可以问一问病人是不是过敏体质，他的家人是不是也有抑郁症，吃过哪种药、药效怎么样。你选药的时候把这几方面结合在一起。

这很复杂啊。

也不复杂。对医生来说，积累临床经验，熟悉各种药物的药理特点及临床效能，就可以做出全方位的判断。

很多病人都不愿意吃药。有人就在家硬扛着。不过确实也有人就扛过去了，慢慢就自愈了。

抑郁症是一种自限性疾病，确实有人不吃药，一两个月也能好。不过，这要动态观察，如果不治疗，很可能延宕一两年就会复发，而

且更严重。有的人，到了老年，突然得了抑郁症。你仔细问他，原来他二十多岁的时候就得过。

为什么会复发？什么时候会复发？可控吗？

这是个未知领域。抑郁症复发与大脑神经递质受体的活动，还有递质的代谢，以及细胞内生物合成的一些过程有关。

这些都是不可知因素？

对，医生治疗抑郁症及其他精神疾病很多都是未知领域，要积累很多临床经验才能对病人复发的预判有一定指导作用。比如，病人问我几年能停药，我只能根据病情发展及疾病特点，以及对于药物的反应，还有社会功能恢复的情况给出一个合理的建议，不能草率决定停药。

失眠

睡眠障碍也是一种病。失眠有很多原因，也有很多类型。

用药还有一个重要问题是失眠。现在失眠的人越来越多，失眠和抑郁症之间有什么样的关系？

抑郁症的一个最危险的预测因素就是失眠。长期失眠的病人发生抑郁症的风险很高。

失眠还有哪些危害？

失眠对人体的伤害主要是精神上的，一般不会使人致命。但失眠的人长期处于睡眠不足状态，严重的会引起感知方面变化，如，视野变化、幻视、消化功能和性功能减退、记忆力下降、脾气变得暴躁、

性格改变，也会诱发高血压、冠心病、中风、糖尿病，对女性还会导致皮肤干燥、月经失调等疾病。

有时候，失眠也会导致器质性的疾病，还会使人免疫力下降。

很多人不重视失眠。一是听之任之；二是只要失眠，就吃安眠药。

长期来说，这是不行的。失眠有很多原因，抑郁症、双相情感障碍、精神分裂症，压力、焦虑、兴奋、恐惧，都有可能造成失眠。失眠也有很多类型，有的是难以入睡，有的是早醒，有的是睡眠质量差。

所以失眠不能随便吃安眠药，拿到哪一种就吃哪一种？

对，治疗失眠的药物有很多类型。目前常用治疗失眠的药物有镇静催眠药，包括巴比妥类、苯二氮卓类、非苯二氮卓类，还有抗抑郁药物类等等。仅仅苯二氮卓类，就有地西泮、氟安定、硝西泮、氟硝西泮、艾司唑仑等多种不同药理特点的药物。睡眠障碍也是一种病。不能随便吃药，要到医院治疗，找到失眠的原因，对症下药。

医院、家庭和社会

中国的精神科医生现在只有2万人，缺口40万；社区防控基本是空白。不仅仅抑郁症，双相、精神分裂症，长期治疗、防控和康复都应该在社区完成。

现在安定医院病人多吗？

太多了，全国各地的都来。

您一天要看多少个病人？

每天大约80个病人左右，一天的门诊时间要在8个小时以上。病人看不完，根本下不了班。

为什么会这么忙？

没办法，现在中国的精神科医生缺口40万。目前有执业医师执照的精神科医生才2.08万人。有很多医生在干这个活儿，但没有这资质，根本就没有执照。

你一天80个病人，分配给每个病人的，也就几分钟吧？

有很多病人是单纯取药的，也有很多是病情稳定复诊来的，这样的病人比较快。遇到首诊的复杂的病人，需要仔细询问病情病史，至少得15分钟。

国内正规医院精神科的诊疗费用怎么样？

很便宜。正主任医师，有教授职称的，挂一个号14元；没有教授职称的是9元；副主任医师是7元；主治医师是5元。心理治疗价格更低，在安定医院，心理治疗的价格是20分钟40元。而在非公立医院的机构去做心理治疗，动不动就是几百元上千元。

这样的状况，会造成很多抑郁症患者得不到专业治疗。

我看到文献资料，1990年，中国仅有5％的抑郁症患者得到治疗，而美国同期的数字为35％。2003年，对北京市的一项调查显示，当时北京市1278万人口，有近87.8万抑郁症患者，其中近42.3万处于有症状期。

最好的治疗是预防。抑郁症的预防有什么难点？

所有疾病的防控其实都应该形成网络防控体系，尤其是抑郁症。

治疗的效果总是有限的，重要的是病人自己的预防。这和他的文化程度、家庭关注、社会关注都有关系。只有自身重视，又有家庭支持、社会支持，才能做到个人的防控。

没有一个社会支持系统，光靠患者本人，90%的患者都做不到很好的预防。

社会支持系统现在怎样？

社会支持不够，政府投入不够，国民对抑郁症的认识不足。

按道理，对抑郁症，应该有三级防控。现在都很不到位。

哪三级防控？

就是医院、社区、家庭。医院只是初级防控，大部分、长期的防控，都得在社区做，在家庭做。现在社区防控基本是空白。不仅仅抑郁症，双相、精神分裂症，长期治疗重要的防控和康复，都应该在社区完成。

是不是说，因为家庭、社区这两级的防控没有做好，才导致医院这一级的压力特别大，所以你一天要看80多个病人？

对，就是这个意思。

如果抑郁症不加治疗，或者治疗效果不好，最后会演变成什么状况？

一是自杀，二是变成慢性抑郁。自杀率上升，失业人群多；抑郁症病人家庭受拖累，社会负担加重，国家财政也受损失。

我知道有一个统计数据：中国抑郁症一年总损失达513.7亿元，其中56.2亿元为医疗费用，此外都是“间接成本”，包括患者因病失去工作或不得不调换工作带来的损失。

因为抑郁症自杀而导致的过早死亡，也带来经济上的损耗。据测算，农村间接损失为43.03亿元，远超城市的8.11亿元。至于慢性抑郁带来的后果，就无法计算了。

据说抑郁症患者自杀率非常高。

对自杀率很难有一个准确的测算。反正对于抑郁症患者，最需要防范的就是自杀。有一种不精确的估计，说抑郁症病人最后的结局是三个三分之一：三分之一痊愈、三分之一转为慢性、三分之一自杀。

慢性抑郁会怎么样？

病人会持续处于一种社会适应不良状态，人际交往功能下降，社会功能受损非常严重。他的智力可能不会下降，但是认知功能下降明显，丧失大部分工作能力，天天在家待着，什么都不能干。这也可以称为精神残疾。这样的人如果不是一个两个，国家财政的负担就大了。

有这么严重？

当然。整个社会对于抑郁症关注不够，重视不足。即使患者就在我们身边，我们也不一定能够意识到这方面的问题，从而患者得不到及时的诊治。

中篇
自渡

题记 内心的力量

在上篇题记中，我提到，“他渡”是现代医学对抑郁症患者的拯救。中度以上的患者，应该面对现实，相信科学，积极求治，争取临床治愈。

但同时，“他渡”又不是孤立的。抑郁症作为一种身心疾病，既是生化现象，又有心理特性。其症状表现为海平面波涛汹涌，根源则是海底火山喷发。现代医学只能临床治愈抑郁症；要彻底治愈，还需要内心的力量，修复心灵深处的伤口。

这就是说，仅仅“他渡”还不够，还需要“自渡”。“他渡”与“自渡”合力，才能相互支撑，合力完成对生命的救赎。

基于上述认识，本篇重点从大脑科学原理层面和心理学层面，探讨患者如何理解自我，观照自我，完成精神世界的重建，实现抑郁症的彻底治愈。

做自己的心理医生

中国古代智慧有“身心一体”之说，大意是说，精神不是独立于肉体之外的无形之物，和肉体是对应的。人有一个能产生思想和情绪的大脑，人类的所有复杂情感，都有与其对应的、精巧的生物学机制。

由此推论，抑郁症是一种身心疾病。它既有大脑的功能性病变，又有心理上的认知误区。人的基因奠定了生理易感性基础，再与外界环境发生相互作用，影响到情绪，反馈到自身，从而表现出一系列抑郁症状。

概而言之，抑郁症是一个动态的过程，是一个庞大系统的综合表现，而不是单独的基因、神经递质和心理问题。它不是仅靠药物治疗就能够彻底治愈的。

药物治疗的有限性

时至今日，现代科学已经能够大致厘清精神疾病药物治疗的原理。

简单地说，类似抑郁症、双相情感障碍、精神分裂症等等心境障碍，大多与血清素、多巴胺、去甲肾上腺素等化学递质有关。某些药物，可以提高或降低化学递质在中枢神经突触间隙间的浓度，从而改变患者的情绪，疾病的症状也就相应地得以缓解。各种抗抑郁剂、抗精神病药、情感稳定剂、抗焦虑药的生产原理，大体如此。

由此可见，药物是跳过了产生情绪的外部原因，直接通过化学方法，作用于神经递质，改善大脑的功能，从而临床治愈精神疾病。

但是，正如“身心一体”之说，在精神科领域，任何一个症状背后，都有深刻的心理意义。现实生活中，我们可以观察到，相当一部分患者即便通过药物治疗改善了情绪，但认知模式没有改变，心理冲突依然存在，生活中的很多困扰难以解决，就给疾病的复发埋下了隐患。

还有一些患者，他的气质就是忧郁的和悲观的，性格基础易于产生抑郁情绪。打一个比喻：他的内环境好比一个温床，杂草滋生其间；抗抑郁药物就像除草剂，虽然除掉了杂草，但温床还在，一遇到合适的环境，依然会杂草丛生。要彻底治愈抑郁症，就要斩草除根，同时进行药物治疗和心理治疗。

难以打开的内心世界

相比于抑郁症的药物治疗，心理治疗更是一条漫漫长途。无论治疗者还是被治疗者，只能用自己的内心去体察疗效，无法确定何时才是治疗终点。

原因在于，患者的内心是一个很难打开的世界。

不是说患者主观上不愿意打开（这种情况当然也很常见），而是客观上，人的心理有本能的防御功能。抑郁作为一种心理疾病，会让患者更加封闭；不恰当的防御方式，会构成心理障碍的一个部分，甚至超越其本身。

从心理学理论看，抑郁症的真正的成因在人的内心深处，即性格和人格。有一种观察认为：抑郁症患者的人格结构中，有一个严厉的

惩罚者，这个惩罚者会时时监控他或者她的言行，一旦出现一点点过错或者失误，这个惩罚者就会以极其严厉的方式实施制裁和谴责。这样的自我攻击，会使得他自责自罪、活力降低、自我价值感低下，抑郁症就会不期而至。

千万不要以为吃了药就万事大吉，自己一定要对自己的痛苦承担责任。配合医生，直面内心，以“自知力”和“自我改变的愿望”作为依托，对自己的实际产生困扰的问题加以解决，才是自我成长和自我疗愈之道。

对人性和人生的觉察和反省，是真正文明的标志。如果一个人缺乏自我观照和观察的能力，不管他在世俗功业上多么成功，灵魂中的那份孤独都是最无奈的伤痕。

心理分析师良莠不齐

人性和人心，是微妙和复杂的，决定了心理治疗也非常微妙和复杂，比药物治疗更难以把握。

药物治疗是用药物强行改变大脑的化学环境，从而改善情绪；心理治疗则是帮助患者发现内心被扭曲的情感力量，理清来龙去脉，领悟它与自己存在问题的关联，改善患者情绪，求得身心统一。

因此，一个好的心理医生，是引导患者生命之船的舵手。他必须有精粹的专业知识，有聪颖的悟性，有冷静的头脑，有共情的能力，有爱心、耐心和良好的心理素质，还应该有丰富的人生阅历。他经历的痛苦越多、对生活的体验越丰富，越能帮助别人。

在现实中，好的心理医生甚至比好的西医更加难求。我经历过三位心理医生，三种类型，都不成功。

第一位是女士。她自称经常被跨国大公司请去做讲座。她坐在我面前，彬彬有礼，腰板笔直，双膝并拢，两手交叉放在膝盖上。我一开口，她就拿出笔来在小本子上画，一副很职业的样子。

她先问了我简单的情况，然后自信地说："如果你在一个月前找到我，现在病就好了，根本用不着去医院。"接着，她开始给我讲道理："人是万物之灵，和动物相比，人最不一样的就是有意志。疾病这东西，你硬它就软，你软它就硬。要靠意志战胜病魔。宝剑锋从磨砺出……"听到这里，我接茬儿说："梅花香自苦寒来。"她一愣，顿了顿，颇有些扫兴地说："对。"接下来，我就没兴趣认真听下去。她说的都是些鼓励的话，正面而宏大。我后来把她归类为"励志型"。

第二位是位男士。他头发后梳，脑门大而亮，眼睛炯炯有神，显得智慧聪颖。他开场先讲了个成功案例：某人，因为什么事情找到他；他如何劝慰，如何有效，对方如何感激涕零。然后，他拿出手机，翻出那个患者发的短信，站起来，绕过桌子走到我面前让我看。

正式开谈，他先问我的情况，然后开始出谋划策。比如，谈到工作压力大、难度高，他说："有两个办法，一是往上蹿一蹿，二是往下缩一缩。如果是年轻人，应该加强学习，提高自己，往上蹿；像你都40多了，学习能力已经不行了，那就往下缩。你可以向领导提出来，换一份轻松的工作。我不相信你在单位就找不到一份轻活儿。打扫卫生总行吧？"

话毕，他又非常理解和同情地对我说："当然了，这话说起来容易，做起来很难。中国人就是能上不能下。可你现在没办法，总得面对现实啊。"

谈完后，他主动让我记下他的手机号，说："再过一星期，你再来找我，向我汇报教给你的办法你做到没有。如果你能做到，慢慢就

能好起来。不然我也救不了你。”

我频频点头，可是出门忘了保存他的手机号。自然也再没找过他。

第三位，又是位女士。她属于“人格分析型”，对我既不励志，也不按世俗的智慧进行指导，但能够从我叙述的只言片语中，敏锐地抓到我性格中的某些特点，拼出我既往生活的一些画面。其中有的对，有的接近，有的不对，但她自己有着完整逻辑。

不过，听着她分析，我想，我对我自己知道得更清楚。你分析得再对，只能证明你聪明，对我有什么用？

当我对她的分析提出异议时，她说：“那是你的潜意识在那么做。”一说“潜意识”，我就理屈词穷了。潜意识就是自己不知道的意识，我还能怎么说？

当我提到我在安定医院看病，每天吃很多药时，她充满同情地看着我说：“你吃什么药啊？你有什么病啊？”

她最后总结说：“你的抑郁，其实是你潜意识的自我选择。过去你受过很多伤害，就像你的胳膊被一小刀一小刀拉伤一样。现在，你是在用抑郁的方式总罢工，来对你周围曾经伤害过的人进行报复，让他们为你着急、痛苦。”

她还说：“我支持你，继续在这样的状态中多停留一段时间，想耍脾气就耍脾气。到自己想走出来时，你就走出来了。”对此我不敢苟同。因为即使在潜意识中，也不会有人愿意停留在抑郁状态的。

其实，不仅中国，在国外，心理咨询师也是良莠不齐，找到一个好心理咨询师同样很难。一个心理咨询师仅仅停留在释疑解惑层面，远远不够。无论是谈人生大道理，还是克服生活困难的勇气，心理医

生并不一定比患者出色。患者并非不明白某一个道理，或者缺乏某方面素质，而是他内心有一股无形的狂风，阻碍他发挥自己的能力。

自我疗救之道

正因为好心理医生难求，才会有一句广为流传的话：做自己的心理医生。

这是一种现实的选择。心理治疗的要义是直达内心，这条通道只有自己知道。做自己的心理医生，效果可能更为彻底。

就心理调整而言，其基本手段是用健康的思维方式替代不健康的思维方式。同样一个事物，用不同的思维方式来观察，会得出截然不同的结论。积极思维看到好的一面，负面思维只关注坏的一面。后者会比较悲观，前者则会健康而乐观，当然也就更加进取。学习观察事物的积极方面，是一种重要的训练。

做自己的心理医生，就要提高自己心理调节的能力，有意识地缓解来自环境的压力。从更高层次看，是要跳出自身。好比拥有精神中的“第三只眼睛”，能够观察自己情绪的变化，寻找心理扰动的原因，正确应对纷繁复杂的现实。

抑郁症是人体最为复杂的疾病之一。从基因到大脑到环境，环环相扣，相互反馈。个体在整个环节中的薄弱点，不尽相同却又各有相似。如此复杂性决定了抑郁症需要科学、系统的治疗方法。

做自己的心理医生，并非易事。要学习很多知识，包括大脑的科学原理、心理学知识和精神科学知识，并在此基础上灵活运用，深入内心，观照自我。

这绝非一朝一夕之功，但如果做到了，将导致人生观念和价值观的重塑，甚至成为自我发现和灵性成长的契机。

有一首诗说：

当我真的愿意看见自己时

我可能还会痛

但已经不再抱怨

我深知

这痛

只因遇见真实的自己

曾经那个不懂爱的自己

透过痛

生命正在穿越和成长

我深知

我的内在有一个真正的宇宙

生命里所有的智慧

都在里面蕴藏和发酵

我愿意

继续了解和发现未知的自己

不断与真实相遇

我知道

透过真正地了解自己

我会真正了解生命

和了解宇宙的奥秘

什么叫“身心一体”

谈及心理治疗，首先要懂得“身心一体”这个古老的哲学观念。

神经科学家最新研究证明，精神不是独立于肉体之外的无形之物，而有着以大脑为主体的完整精密的生物学机制。人类的所有复杂情感，都和大脑有着密切的对应关系。

生活在丰富多彩的世界，人们必然会流露出各种情感。情感一旦产生，会唤起各种生理反应。心脏、血管、肠胃、内分泌等都开始工作，并通过皮肤电压、血压、心跳、腺体分泌等生理指标表现出来。它们原始、简单而直接，大部分属于无条件反射，意志对它们的调节和控制作用是非常有限的。

这些生理反应有着极其重要的效应：它能让人在刺激发生前，形成必要的生理、行为和精神方面的预准备，在刺激中正确地引导生理、行为和精神活动；还能让人总结教训，在下一次同类刺激出现时，做出更好的反应。

具体而言，人体的各个器官，和情绪之间会有什么样的对应关系呢？

情绪和心血管

情绪对心血管活动有明显的影响。例如，愤怒、恐惧、惊慌、喜悦、激动等，均可以导致心率加快、呼吸加速。

这些情绪有一个特殊的功效：唤醒作用。这是一种外在的刺激，能够引起心血管和呼吸活动增加，促使身体兴奋。单调沉闷的环境刺激让人沉闷，这类唤醒作用则对外界刺激提出警讯，让人体做好应激预备。

情绪和内脏

下丘脑及其边缘系统，是部分情绪中枢的传出路径，它对内脏活动有更为广泛的调节作用。中国医学对此曾有非常深入的观察和具体描述。例如，中医很早就描述了五类基本情绪（喜悦、愤怒、忧思、悲哀、惊恐）与内脏活动的关系，并指出过度情绪活动会导致内脏功能受损。

情绪之间还有相互调节的作用。无需开导、暗示等高级认知过程，只需要利用情绪之间的相互作用，就可以调节人的情绪状态，进而调整内脏功能。例如，痛哭一场就能化解愤怒情绪，适当的惊恐就可以让狂喜而失态的人恢复正常。

确切地说，不是情绪影响了内脏功能，而是内脏调节本身就是情绪的一部分。在进化史上，情绪和内脏功能可能具有更为基本的联系，是环境对机体的直接调节途径。人类的进化、认知活动的介入，使得情绪具有了更多的行为学色彩。

情绪和骨骼

情绪会影响人的肢体运动，身体语言伴随着明显的情绪特征。成语“手舞足蹈”，就是兴奋情绪造成运动增多的例证。人如果悲痛，

动作也会显得迟缓。“狗急跳墙”，是指危险环境在瞬间对运动功能的激发。过度恐惧导致肢体瘫软，也是极端情绪对运动功能的阻滞。

鉴于情绪对运动功能的普遍调节作用，善于观察的人可以从人们微小的表情和肢体语言，判断其情绪变化。

情绪对人体会有哪些作用呢？且看心理学史上一些重要的情绪实验。

情绪实验一

美国心理学家曾做过一个实验：先让一名受试者观察一个囚犯受刑的过程。医生用火钳从炉中夹出一枚烧得通红的硬币，放到囚犯手臂上，只听“刺啦”一声，伴随着一声惨叫，囚犯手臂被烧起一缕轻烟。

反复数次后，医生把受试者也捆在椅子上。然后从炉中夹出一枚同样烧红的硬币说：“现在要把这枚硬币放到你的手臂上。”随后，受试者感觉到有一个热物落到手臂上，他感到巨痛，惨叫起来。这时医生们发现，受试者的手臂上出现了一个硬币大小的三度烧伤疤痕。

实际上，那枚硬币，只是稍微加了一下温，根本不可能造成烧伤。那么这个三度烧伤从何而来？只能认为，是精神——意识使肉体烧伤。因为精神意识认为肉体在那样的情况下应该烧伤，于是就真的烧伤了。这是肉体对外来刺激的被动反应。

这个实验证明，精神对肉体有一定的支配能力。

情绪实验二

将一只小白鼠放到一个水池中。这只小白鼠没有马上游动，而是转着圈子“吱吱”地叫。它的鼠须是一个方位探测器，叫声传到水池

边沿后，声波反射回来，被鼠须探测到，以此来判定目标的大小、方位、距离等。小白鼠尖叫着转了几圈，朝着距池边最近的方向游过去，很快就游到了岸边。

然后，又选了另一只小白鼠，这次将它的鼠须统统剪掉，再放到水池中心。这只小白鼠同样转着圈子“吱吱”叫着，但由于鼠须被剪，它无法测定方位。它着急地继续转着、叫着，依然无能为力。不一会儿，这只小白鼠沉到水底淹死了。

心理学的解释是：白鼠的鼠须被剪，无法准确测定方位，不知道水面有多大，自认为无论如何是游不出去的。在这种情况下，它不知道怎么办，绝望中放弃了努力，身体力量丧失，结束了生命。

综上，情绪具有非常广泛的传出作用，它对内脏运动和躯体运动都有显著的影响。更进一步说，情绪对人的认知活动和行为决策都具有明显的作用。它改变着行为本身，成为生命活动中的重要一环。情绪活动是高级动物更为普遍和基本的环境适应方式。

大脑和精神疾病有何关联

越来越多的人认识到，精神疾病是大脑的功能性病变。在人类大脑中，无时无刻不发生着复杂的化学反应，由此形成的各种动态系统，支撑着人类的心境、情感、意志等高级精神活动。

以抑郁症为例。大脑的不同区域调节着心境。研究者们认为，相较于特定的大脑化学因子，神经细胞间的连接、神经细胞生长，以及神经网络功能才是影响抑郁症的主要因素。

最新的脑成像技术的进步拓展了人类对大脑科学的认识空间。例如，正电子发射计算机断层显像（PET）、单光子发射计算体层摄影（SPECT）以及功能性磁共振成像技术（fMRI）等，能够对工作中的大脑进行更深层次的研究；fMRI扫描可以实时追踪脑区活动变化；PET或者SPECT可以对特定脑区的神经递质受体的分布和密度进行记录和映射。

使用这些技术，可以更好地了解脑区不同部位如何调节心境以及其他功能。

大脑的重要功能区

先对大脑中一些和精神疾病有关的重要部位简析如下：

杏仁核（Amygdala）：杏仁核是边缘系统的一部分，深埋在大脑中，和情绪紧密相连，例如愤怒、喜悦、悲伤、恐惧，等等。研究表

明，当人们开始回忆带有强烈情感因素的记忆时，杏仁核会被激活；当人们忧伤或者被临床诊断为抑郁时，杏仁核的活跃程度会更高。这种活跃程度的增加，甚至在人们从抑郁症中恢复健康后依然存在。

丘脑（Thalamus）：丘脑接收大部分感觉信息，并且将它们传递给大脑皮层（cerebralcortex）的对应区域。它涉及高水平的大脑功能，例如演讲、行为反应、运动、思考以及学习。双相抑郁症障碍可能是丘脑出现问题导致。

海马（Hippocampus）：海马也是边缘系统的一部分，它在处理长时程记忆和回忆中起到主要作用。海马和杏仁核的功能有相近之处，正是这部分脑区使人产生了恐惧感。比如，一个人小时候曾经被狗咬，这个恐怖经历，使他在长大后再次面对犬吠时，大脑还会产生恐怖反应。某些抑郁症患者的海马体积较小，也提示长时期的精神压力导致其脑区神经细胞受损。

神经递质和神经细胞间通讯：神经递质是帮助一个神经元向另一个神经元传递信息的化学分子。其工作原理是：每个神经元拥有一个和所有细胞的生长息息相关的细胞体，电学和化学信号的组合为神经元内和神经元间通讯提供可能。当一个神经元被激活时，它将一个电学信号从细胞体递送到神经末端，此处化学信号被称作神经递质。该信号刺激特定的神经递质，释放到该神经元和相邻神经元树突之间的空隙中，该空隙被称作突触。当神经递质在突触间不断浓缩时，神经递质分子开始与两个神经元膜上深埋的受体相结合。

神经递质一个神经元的释放，可以激活或者抑制第二个神经元。如果该信号被激活或兴奋起来，会在这条特定的神经通路上持续传递。如果是抑制性的，该信号会被压制。神经递质也会影响到释放它的神经元本身，一旦第一个神经元释放了特定量的该化学分子，一个反馈机制（由该神经元上的受体所控制）会指挥神经元停止泵出这种

神经递质，并且开始将该递质吸收回细胞膜里。这一过程被称作重吸收（reabsorption）或重摄取（reuptake）。

抗抑郁症药物的主要功能，就是在神经元间隙调节这些物质的多寡。很多情况下，这种变化能够给机体足够的刺激，以保证大脑更好地行使功能。

多种多样的神经递质

科学家们已经鉴定出很多种不同的神经递质。在此列举一些在抑郁疾患中起着显著作用的神经递质：

乙酰胆碱（Acetylcholine），增强记忆，并且在学习和回忆中起作用。

血清素（Serotonin），又称5－羟色胺（5-HT），辅助调节睡眠、食欲、心境，以及抑制痛觉。它和自杀的高风险率有关。

去甲肾上腺素（Norepinephrine），主要作用于血管收缩，提高血压。它有可能触发焦虑，和一些类型的抑郁症相关。它同样辅助于动机决定和奖赏。

多巴胺（Dopamine），对于运动功能起主要作用。其传递异常很可能与精神疾患有关，会产生幻觉（hallucinations）、妄想（delusions）等扭曲的思考方式。

谷氨酸（Glutamate），是一个小分子物质，被认为是一种兴奋性神经递质，在双相抑郁症和精神分裂症中发挥作用。碳酸锂是用来治疗双相抑郁症的心境稳定剂，研究表明，它对于暴露在高水平谷氨酸中的大鼠大脑起到防止神经元受损的作用。其他动物研究提示，锂制

剂有可能稳定谷氨酸的重摄取，这种机制有可能解释该药物如何在躁狂时期稳定心境，在抑郁时期提高心境。

γ-氨基丁酸（GABA），是一种氨基酸，研究者认为它是一种抑制性神经递质，有可能平息焦虑。

新的治愈思路

到目前为止，抑郁症的医学干预，所依据的原理都是神经递质理论。此外，科学家也在探究其他治疗路径的可行性。

有研究显示，在抑郁症中，大脑中的海马起着重要作用，部分抑郁症患者的海马体积较小。一个课题组对24名有抑郁症病史的妇女进行研究，发现她们的海马体积平均比对照组小了9%－13%。抑郁症发作最频繁的妇女，其海马面积明显偏小。研究显示，压力可以压抑海马区新神经元（神经细胞）的产生。可以推论，在抑郁症中的压力因素，很可能是导致海马缩小的主要原因。

如果海马中新神经元缓滞和心境低下有着直接联系，这个推论将为抗抑郁药物研制指出方向。事实上，目前多种抗抑郁药物就是在这样的理论指导下研制出来的。

问题是，这类药物有一个共同缺点是：患者至少要服药数星期乃至更长时间才能见到疗效。这就带来一个问题：如果抑郁症是因为神经递质水平低导致，为什么神经递质水平迅速增加后，患者并没有立刻好转？

答案很可能是：抗抑郁药物在改善神经递质平衡的同时，还可以刺激和增强海马的神经细胞的分支生长，只是这个效果只能持续数星期。而心境的好转只能通过神经生长和新的神经连接。

因此，有一种理论提出，现有抗抑郁药物的功能，并非是调节大脑内神经递质的平衡，而是生产出新的神经元，增强神经细胞连接，改善神经网络的信息交换。

如果如此，在此思路下研制出专门促进神经元产生的药物，也许可以更快治愈抑郁症。

令人着迷的情绪

每个人都能感受到情绪的存在，但很难说清楚情绪到底是什么。每个人都想摆脱不良情绪，但大多数时候只能被情绪牵着走。情绪有哪些种类？情绪是如何产生的？情绪又怎样影响自己的身心？如何能把握、控制乃至顺应自己的情绪？

情绪虽然无形，但却是实实在在的存在。

情绪是高等生物的重要中枢功能，是中枢对外界刺激的重要反应形式，同时也是中枢用以控制部分躯体功能和全部内脏功能的重要途径。

现代科学已经能够证明，情绪是一种特殊的人类意识，来自于人的大脑。大脑有很多的沟回，就像群山的山谷；情绪、精神就像山谷里的泉水，汩汩流淌。

有一句话说，“情绪是沟通生理与心理的桥梁”，这是一个形象而生动的比喻。即身心一体，情绪是中介。情绪能够产生，是靠大脑中1000亿个神经细胞在辛勤地工作。它们是情绪背后的物质基础，创造出人类丰富多彩的精神世界。

先了解一下海马区的作用。

海马区是大脑边缘系统的一部分，地位极为重要，其主要机能是主管人类近期主要记忆。它有点像计算机的内存，将几周内或几个月内的记忆暂留，以便快速存取。海马区在记忆的过程中，充当转换站的功能。当大脑皮质中的神经元接收到各种感官讯息时，会把讯息传

递给海马区。假如海马区有所反应，神经元就会开始形成持久的网络。如果没有通过这种认可的模式，那么脑部接收到的经验就自动消逝无踪。

神经科学家发现，控制情绪的半脑是右脑。前额叶皮层（aPFC）负责情绪、感动；杏仁核附着在海马的末端，呈杏仁状，也是边缘系统的一部分，其功能是产生情绪，识别和调节情绪，控制学习和记忆。

大脑中有两个“杏仁核体”，它们是一些神经细胞束，位于大脑两侧，处在颞叶下面。它们好像一个协调不同来源信息的网络中心，收集环境信号，记录情感含义，在必要时启动恰当的反应。

研究发现，幼儿自闭症似乎也与杏仁核有关。一项关于磁刺激（TMS）的研究表明，在人类大脑皮层前半部分不活跃时，人们往往很难控制自己的情绪。

接下来分析几种主要的情绪。

恐惧

恐惧是一种令人不快的情绪，但对人类生存来说是必需的。人类在童年时期，如果没有恐惧，就不可能战胜动物，延续至今。

大脑有一个恐惧中心。美国科学家做过一个实验：电击32名志愿者的双脚，同时扫描实验对象的大脑。结果表明，产生恐惧感的神经细胞与产生疼痛感的神经细胞位于大脑的相同区域。这个“中心”获取来自视丘下部的身体对环境的反应信息（例如心率和血压），并且与大脑前部的理性推理区域沟通，同时连接“海马体”——大脑中一

个重要的记忆中心。这个恐惧系统效率非常高，以致你根本还没有意识到发生什么事，大脑就已经作出反应了。

例如，开车的时候，有一辆车突然转向插入你的车道，你在还没明白过来前就会感到害怕。在你大脑的视觉部分“看到”危险场景之前，恐惧信号已经在你大脑的“杏仁核体”和危机系统之间传递。

如果大脑“杏仁核体”受伤，人或动物会丧失这类恐惧技能。这并非好事，对他们来说，世界会因此变得更加危险。应激反应是每一种生物能够在地球上生存的重要法宝。没有恐惧，人类早就灭绝了。情绪反应的自我平衡具有极其重要的作用。

恐惧还可能是一种基因。科学家通过功能成像学研究，发现人的大脑结构中扁桃形结构颞叶，在恐惧、焦虑和害怕中扮演着一个关键的角色。在扁桃形神经系统工作的过程中，一种名叫stath-min的蛋白质，也叫“癌蛋白18”，会引起人们对恐惧的回忆。

科学家发现，人遇到蛇时会害怕，这种情绪在孩童时代就会有；随着时间的推移，一些经历会导致产生新的恐惧回忆，这些都和大脑中的扁桃形结构颞叶过度活跃有关。

如上所述，恐惧的回忆，往往和人类大脑的早期活动有关，都与一种叫stath-min的蛋白质有关。之前已有很多证据证明，恐惧的记忆与人类的这种基因具有紧密联系，但是科学家还未证实这种基因是否存在遗传性。

悲伤和喜悦

《美国精神病学月刊》曾发表一项报告，对悲伤和大脑关系进行研究。结论表明：悲伤引起大脑中70多个区域的活动变化，包括杏仁

核体和海马体、前额皮层和前扣带皮层，还有脑岛（颞叶下面的一小块皮层区域）。

快乐也会引起大脑许多区域的反应。美国博士丹尼尔·李维丁所著《这就是你的大脑对音乐的反应》中提到，音乐会使大脑中的许多部位同时参与反应。听到音乐声和韵律时，视觉、感觉和运动区会起反应。音乐会勾起对过去经历的记忆和情感（杏仁核体和海马体起反应）。假如一首乐曲打动了你，可能是因为它激发了你大脑中的奖励反应区（阿肯伯氏核起反应）。

共情

“共情”是指能设身处地从他人的角度，体会并理解他人感觉、需要与情绪的一种人格特质。

“共情”能力需要大脑几个区域发挥其正常功能：大脑颞叶末端处理和记忆微妙的语言信号；颞叶和顶叶的连接部分负责记忆事件，做出道德判断并采取相应的身体行动；额叶前皮层处理“共情”感受中包含的许多复杂的推理。

爱情

爱情也跟大脑许多部位的活动有关。与爱情深切相关的大脑部位包括脑岛、前扣带皮层、海马体和阿肯伯氏核。换言之，这些部位介入了大脑中的情感、感知、记忆和奖励等等活动。

科学证据表明，爱情果真是盲目的，因为浪漫的爱关闭了大脑中进行推理的部位和杏仁核体。在激情燃烧的情况下，大脑的判断和恐

惧中心也暂时停止工作。爱情还关闭掉“心智化”所需的大脑部位。

宗教

研究结果显示，宗教情结可能是与生俱来的，即有其生物基础。

宗教信仰是一个很复杂的问题。它牵涉到社会、习俗、文化、政治等因素，也牵涉到认知和情绪，后者则是由大脑主宰的。

我们的大脑中存在着所谓的“信仰分子”——大脑神经传递中的血清素。血清素能产生多种错觉，如幻觉、感知错乱、感觉自己与周围世界融为一体等等。血清素含量越高，人就越容易相信神灵的存在。

另外，电刺激大脑中的前颞叶，可能产生宗教上灵魂出窍或升华的超然存在感觉。有迷幻药亦会让人产生类似神圣的宗教感觉体验。

情绪如洪水，可疏不可堵

2000年，我曾经就南水北调问题，采访过时任水利部部长汪恕诚。他对我谈起1998年大洪水过后中国防洪思路的转变。

他说，原来治水主要靠修堤筑坝，把洪水拦住，是一种“控”的思路。1998年大洪水后，意识到洪水是大自然的随机事件，不是凭人力就能彻底战胜的。于是，新的治水思路从洪水控制向洪水管理转变，即认识到洪水不仅是灾害，在一定条件下也可能变成资源；要给洪水以出路，提高对洪水资源的利用能力，从而缓解水患。

汪恕诚这番话，当时让我耳目一新，多年后的今天，我仍然记得。

近日，在研究大脑和情绪的关系问题时，我突然悟到：情绪如洪水，可疏不可堵；对情绪，不是要控制、战胜，而是要把情绪视为一种资源，给情绪以出路，顺应情绪，利用情绪。

意志与情绪

什么是情绪？情绪是高等生物才拥有的主观认知经验。它既是一种心理状态，又是一种生理状态，和人的感觉、思想和行为综合相关。

情绪来自人的大脑，是一种特殊的人类意识。大脑中1000亿个神经细胞是情绪的物质基础，创造出人类丰富多彩的精神世界。

情绪多样而复杂。喜悦、快乐、热爱是积极情绪；焦虑、抑郁、悲哀、愤怒、紧张、恐惧是消极情绪。还有一些细腻、微妙、复杂的情绪，如嫉妒、惭愧、羞耻、沮丧、自豪、伤感等。

有的情绪是与生俱来的，几乎是人的本能，和原始人类的生存息息相关，比如恐惧。有的情绪是后天产生的，必须经过人与人之间的交流才能学会。

无论哪一种情绪，都会对人类的行为产生影响。每个人都希望能够拥有好情绪，赶走坏情绪。很多时候，人们希望用意志来控制情绪。他们认为：外在因素是自己没法控制的，比如天气影响航班起降，供需影响物价等等；而情绪是一种内在、主观的因素，为什么不能控制？也许一般人不能控制，意志强大坚定的人不难控制吧？

其实不然。关键在于，情绪是建立在生理基础上的，它和视觉、听觉、语言、记忆一样，都是大脑某些脑区产生的功能。如果大脑功能失调，连人的意愿都会改变，遑论情绪。

什么是意志？《心理学大辞典》载："意志是个体自觉地确定目的，并根据目的调节自身的行动，实现预定目标的心理过程。"由此可见，意志是人的意识能动性的集中表现，它对人的行为，包括外部动作和内部心理状态，有发动、坚持、制止、改变等方面的控制调节作用。

那么，为什么意志不可以指挥自己的情绪？很简单：意志不能改变情绪产生的大脑生理基础，即大脑的功能变化。意志与情绪出自不同的渠道，我们可以用意志指挥我们的行动、言语和思维，但不能任意指挥我们的情绪。

你能指挥自己停止悲伤吗？你能克制愤怒吗？有人说可以。其实，你克制的不是愤怒，而是克制了表达愤怒的表情、言语和举止。

愤怒还在，而且因为被你克制、延搁和蓄积，而越发强化了。

再如，一个人因失眠而焦虑，他想克服焦虑，努力让自己睡着，结果适得其反；运动员在赛场上很紧张，他告诫自己不要紧张，结果越告诫越紧张，动作更加变形。

别以为你能命令你自己。

如何顺应情绪

在大多数时候，人类与情绪搏斗是徒劳而愚蠢的。情绪像洪水，一旦产生，就有了一股势能。越阻挡它，它越会蓄积起来，变成更大的能量。

所以，不要试图控制和消灭自己的不良情绪，而要顺应情绪，尊重情绪的自然规律。

日本心理学家森田（1874－1938），曾创立“森田疗法”，主要适用于强迫症、社交恐惧症、广泛性焦虑、惊恐发作等，其精髓是八个字：“顺其自然，为所当为。”森田还曾总结出情绪的五大规律：

1. 任何一种情绪，只要不对它追加新的刺激，经过一个过程后会自然衰减。“时间是最好的疗伤剂”，就是这个道理的体现。

2. 任何一种情绪，如果反复重现，人就会慢慢适应，情绪也会随之减弱、消退。譬如身处一个恶劣环境，刚开始情绪很糟糕，时间一长，习惯了环境，烦躁就会自然消减。“如入鲍鱼之肆，久而不闻其臭”。

3.任何一种情绪，经过宣泄便可能衰减消退。譬如愤怒经过发泄，便能够平息一些。

4.有些情绪，譬如对爱的渴望，如果得到满足就可能衰减消退。

5.如果对情绪硬加干预，不断添加新刺激，反而会蓄积成更大的破坏力量。

森田的研究，贯穿一个基本精神：顺应情绪的自然规律。或听任其随时间流逝，或任其反复出现而麻木，或宣泄它，或满足它。相反，如果和情绪对着干，试图战胜它，就会产生更大的情绪。

比如，你在竞争中失败，已经很痛苦、焦虑。你对自己的状态不满，试图克服而不得，不但痛苦没减轻，又为自己的软弱无能增加了新的苦恼。

回到本文的标题：情绪如洪水，可疏不可堵。顺其自然，因势利导，就可以指引我们走出负面情绪的泥潭。

如何管理自己的情绪

身体健康和精神健康

人的健康分两种，身体健康和精神健康。一般人平常都只关注身体健康，只有在失去精神健康后，才体会到精神健康更加重要。甚至可以说，没有精神健康就没有身体健康。精神卫生是全球性重大公共卫生问题。

世界卫生组织（WHO）公布过一组数据：全球大约14%的疾病可归因为神经精神障碍，约有10亿人正在经历心理、神经、精神疾病的影响。在世卫组织2020年疾病总负担预测值中，精神卫生问题排名第一。在中国，有精神障碍的人超过1亿人。

WHO发布的十条健康指标中，前四条都与精神卫生有关。

1．有足够充沛的精力，能应付日常生活和工作的压力，而不感到过分紧张；

2．处事乐观，态度积极，敢于承担责任，事无巨细不挑剔；

3．善于休息，睡眠良好；

4．应变能力强，能适应环境的各种变化。

相应的，心理不健康，会有以下表现，且呈现逐渐发展的态势：

1．经常处于内心冲突中，体验到各种不良情绪（如厌烦、后悔、懊丧、自责等），且不良情绪持续一个月以上，还不能自行化解。

2．因为不良情绪存在，影响人际交往，工作效率下降。

3．不良情绪继续发展，出现多疑、焦虑、抑郁、强迫、迫害妄想等现象，严重失眠，社会功能下降，大脑功能下降。

4．这些不良心理现象，发展为病症，表现为抑郁症、焦虑症、强迫症、双相情感障碍、精神分裂症等等。

前两者，如果患者能够及时发现，也许可以通过转变环境，减少压力，调节情绪，遏制向更糟糕状态下滑，逐渐恢复精神健康。

培养好的情绪

在自我调节中，最重要的是管理自己的情绪。

情绪是大脑心理活动的外在表现，与机体生理功能密切相关。情绪是连接心理与生理的桥梁，好的情绪会让内分泌活动良好，免疫力强大，植物神经平衡，机体代谢旺盛；坏的情绪会导致植物神经功能紊乱，内分泌活动失调，免疫力下降，从而发生高血压、高血脂、动脉硬化、心律失常、冠心病、中风等病，乃至形成癌肿。

简单地说，你觉得心情愉快，积极乐观，能应对压力，乐于助人，食欲良好，睡眠良好，这情绪就是正面的。反之，就是负面情绪。

总之，威胁现代人健康和寿命的，已从细菌、病毒、理化、生物等外在因子，变成紧张、焦虑、急躁等内在的情志失常和心理冲突。

修心养性，学会自我调控情绪，越来越成为养生的重要手段。

除了正确对待生活和工作上的困难及挫折，还要学会运用心理学的知识，去解脱自己，战胜挫折，快速恢复一时失常的心理平衡。

具体怎么办？结合自身治疗以及心理建设的经验，我提出以下建议：

第一，一定要挤出时间来锻炼身体。

情绪不是一个封闭系统，身心一体，管理好身体是管理好情绪的前提。适度的户外运动是预防抑郁症的天然药物。体育锻炼可以促进脑内有益化学物质比如内啡肽的分泌，这种物质可以使人心情振奋，精神愉悦。其他研究也发现，锻炼可以改善诸如惊恐障碍、心理创伤和其他焦虑性心理问题。

体育锻炼还能改进自我形象，得到团体成员的帮助，分散对日常忧虑的过分关注，提升处理问题的自信心。这些都有利于改善情绪。

第二，密切观测睡眠，努力保证足够睡眠。

失眠是抑郁症最常见的预测性因素，长期失眠者发生抑郁症的风险很高。科学研究表明，如果长期睡眠不足，智商会下降10%到15%，等于从正常人变成轻度智障。尽量不熬夜，只要有条件，努力保证健康高质量的睡眠。

第三，科学管理日常事务。

面对纷繁复杂的日常事务，要学会分类，确定轻重缓急。天下只有四种事：紧急且重要的；紧急但不重要的；重要但不紧急的；不重要也不紧急的。很多事，走一步看一步，先走好眼前这一步。下一步

的事，下一步再说。不必太未雨绸缪，不要用无谓的事情占用有限的大脑内存。

第四，学会释放压力、调节情绪。

每个人对压力的适应能力不一样。要学会自我调节，疏解内心压力，释放情绪，建立自己的心理调节方式，比如唱歌、聚会、做义工等等。无论什么样的方法，只要适合自己，都能在一定程度上有助于精神健康。

第五，学会取舍，学会放下。

人生就是不断地放弃。有些事情，是注定不可能做好的，我们无法控制，也无法影响。对这类事，想亦无益，不想最好。乐天知命，等候命运的决定。对于不可挽回的事情，要坚持隔离式思考。一码归一码，不要将不相关的事情混同考虑，免得满盘皆输。

有一个潜水艇理论：潜水艇分成相通但相互隔离的多个船舱，一个舱进水了，就把它封闭起来，潜水艇还能航行。这个损失是可以承受的，不要因为一个舱进水，就惊慌失措，影响大局。

在日常生活中，遇到一个大的麻烦，确实解决不了，就在大脑中把它封闭起来，暂且搁置。只要不影响大局，让时间来解决这个问题。

第六，寻找精神寄托。

当人们面对无法解决的困境时，信仰可以令其坚定。面对痛苦绝境，有信仰的人能够承受更多。从心理学的角度看，宗教之所以产生，就是因为人们的脆弱，承受力有限，需要寻找强大的精神寄托。

总结一下培养好情绪的方法：适度锻炼，足够睡眠，科学管理，自我放松，学会放下，寻找寄托。

调整认知，重建心灵

我们已经知道，治疗抑郁症必须药物疗法和心理疗法双管齐下。相较于药物疗法，心理疗法更加复杂，门派众多。如行为疗法、森田疗法、暴露疗法、精神分析、系统脱敏、放松训练等等。

认知疗法是当前全球范围内应用最广泛的心理治疗理论学派之一。最早在20世纪50年代，美国临床心理学家Albert?Ellis创立合理情绪疗法；此后，Aaron T. Beck于1960年又创立了认知疗法。

思维决定情绪，情绪源于想法

所谓认知，就是人们看待世界的方式；更深层次则是一个人的心态和信念。认知疗法的理论基础，概括起来就是一句话：思维决定情绪，情绪源于想法。即任何一种情绪，都是外界环境刺激、机体的生理变化和人体对外界刺激的反应三者相互作用的结果，而认知过程又起着决定的作用。

人所有的情绪都来源于认知和思维。情绪紧跟思维，亦步亦趋。有什么样的认知，就会有什么样的情绪。当情绪消沉时，思维会被无法摆脱的消极感所笼罩。如果消极思维根深蒂固，形成条件反射，则成为惯性思维。认知、感受和行为将相互作用，形成一个不断循环的闭合环。

认知疗法的实质，就是学会用健康的思维方式替代不健康的思维方式。让你分清楚，你的痛苦感受哪些来自事实，哪些是由于思维误

判所致。也就是说，你的感受很可能不是真实的，而是你的扭曲、不合逻辑、不切实际的思维造成的。

以上是原理层面。如果从操作层面下定义，认知治疗就是通过修正个体的认知评价和思维模式，来缓解不良情绪和行为。这是一种需要患者积极参与的干预模式，用以指导患者学会识别、监控和消除与当前刺激相关的错误想法、信念和自我解释，提供新的更具有适应性的“认知——行为”模式。最终目标是让患者成为自己的治疗师。

改变心态

一个人对事物的认知，到底会对自己产生多大影响？答案是：大到你无法想象。不论你采取何种认知，它都在潜移默化地影响着你和你的生活。

几乎所有抑郁症患者都认为：他是全世界最倒霉、最无力的人；他正陷入某些棘手可怕的问题而无力自拔；他的消极情绪是合理必然的，也是不可避免的。

其实，大约在两千年以前，希腊哲学家埃皮克提图就说过：人的烦恼并非来源于实际问题，而是来源于看待问题的方式。你可能觉得不快乐，也许你还能为自己的不快乐找到具体原因：家庭不幸福、童年缺乏爱、生活环境混乱、贫困……这些想法肯定会有一些真实的成分，毕竟世界是不可能美满的，人生总是会遇到各种挫折，甚至面临毁灭性的灾难。人的基因、童年痛苦经历也确实会影响思维和情绪，外界环境、冷酷的人际关系也确实会搅乱人们的思绪——但这一切并非主要原因。

认知决定情绪，而情绪决定情感。脑科学的研究成果还表明，情感能激起右脑的兴奋，认知能激起左脑的兴奋。情感对人的认识和活

动具有动力作用。积极的情感是人们认识和活动的内驱力，而消极的情感却是阻力。

鉴于以上认识，认知疗法旨在帮助我们改变心态，甚至还可以改变自己基本的价值观和信念。不仅情绪会得到调整，你的视野还会更开阔，甚至工作起来更有动力。它带给你的变化是巨大而持久的。

美国内华达大学戴维·安东努乔博士、威廉·丹顿博士和克里夫兰医疗中心的古兰德·德内尔斯凯博士，多年来一直围绕认知疗法进行研究。他们曾合著一篇文章，标题是《抑郁症治疗的心理疗法和药物疗法对比：挑战传统观念，用事实说话》。文章运用他们长期跟踪获得的数据，得出了一些和传统观念截然不同的结论：抑郁症病因中，遗传影响只占16%；新型心理疗法——尤其是认知疗法——的疗效并不比药物疗法差，而且对某些患者来说，它的效果似乎更好；采用心理疗法治疗的抑郁症患者在康复之后更容易保持疗效，复发率比采用纯药物治疗的患者低得多；心理疗法不仅可以治疗轻微的抑郁症，还可以治疗严重抑郁症。

这些结论虽尚不能完全被验证，但仍可鼓舞人心。毕竟靠药物来改变大脑内化学元素的失衡，是在使用一种破坏性的力量，而认知疗法让人们看到了一种靠内在力量治愈的可能性。

现代医学已经能够大致看出，抑郁症可能是大脑化学物质失衡所引起的。最近有研究表明，认知疗法也许真的可以改变大脑化学物质。美国一些科学家最近用正电子发射计算机断层扫描仪，观察两组患者大脑的新陈代谢情况在治疗前后是否有任何变化。这两组患者一组只接受认知疗法（不服药），另一组则只接受抗抑郁药物治疗（不接受心理疗法）。

实验的结果是：药物治疗组中的患者在好转后，研究人员发现他们大脑的化学物质产生了变化。这是意料之中的。让人惊喜的是，认

知疗法组中的患者在成功康复后，他们大脑的化学物质也产生了变化，且和药物治疗组没有明显区别。这个实验让研究者相信，认知疗法可能真的可以改变人脑的化学物质和结构，从而治愈患者。

如何调整认知

认知疗法的主要代表人物贝克（A. T. Beck），系统介绍过认知疗法的原理和方法。他认为，个体的认知结构由浅入深依次分为：自动思维（某种情境诱发的大脑中迅速涌现出的想法）；认知歪曲（包括任意推断、选择性概括、过分概括化、全或无等）；功能失调性假设（个体对于事情所持有的态度、信念或者行为准则）；图式（早年发展中获得的相对持久的稳定的认知结构）。

贝克认为，情感障碍的发生与病人早年经验形成的图式有着密切联系，它存在于病人潜意识中，不易被察觉。一旦有某种不良生活事件发生，大脑中便会涌现大量负性自动思维，上升到意识层面，从而导致不良情绪和行为的发生。

据此，贝克认为，对抑郁症病人的认知行为治疗，主要应聚焦于导致抑郁的消极思维，从而修正不同水平上的认知评价，发展意识层面的理性思维，并强化积极行为模式，改善不良适应性行为。这样，认知、行为、情绪、生理四个层面形成良性互动，使得情绪和行为模式向积极和理性层面螺旋上升，达到治疗目的。

落实到具体操作步骤上，第一步是认识自我。可指导来访者自我监测自己的日常活动，量化评估自己的愉悦感和成就感，然后制定循序渐进的任务计划，活化其退缩行为。研究发现，这些行为活化策略对缓解抑郁非常有效，并且给患者者创造了识别与修正负性认知的机会。

第二步是观照内心。抑郁的产生与个体近期的应激生活事件密切相关，治疗师应该与患者通过讨论、评估和识别，发现来访者的错误应对策略。在此基础上，指导患者如何用积极方式表达和宣泄负性情绪，重新思考、计划和审视，建立积极的应对模式。

第三步是学会解决问题的技能。抑郁症患者往往缺乏充足的技能，用一种僵化的模式来解决问题，因此需要通过利弊分析、成本效益分析等方法，提高患者的适应性，探寻解决问题的最佳办法。

抑郁症患者总会有很多人际关系问题需要处理。通过行为技术的有效干预，有助于提高其基本的社会技能，增加人际之间的社会支持和亲密感体验，降低社会退缩的倾向。

总之，认知行为治疗的重要部分是识别负性自动思维，挑战认知歪曲，发展新的积极思维模式，进行认知重建，提高病人对情感反应的自我控制。

近30年来，国内外对抑郁症认知行为治疗进行了大量临床实践及实证研究，发现认知疗法对抑郁症轻中度患者的疗效与抗抑郁药疗效基本等同，且复发率较低。有报道称，认知治疗的疗效可以维持8到14年。目前西方国家制定的抑郁症临床治疗指南，已将其列为一线治疗方法。

当然，认知疗法又是一个个性很强的疗法，需要治疗师和患者形成“一对一”治疗方案，很难制定标准化模式，也难以预料治疗何时见效、何时可以结束。目前，心理学对认知治疗发生作用的机制，认识依然有限。这些都是需要在未来进一步探究的。

病愈后如何重返社会

心中的疤痕

20世纪60年代，美国心理学家曾经做过一个实验：征集10位志愿者，告诉他们，该实验旨在观察人们对身体有缺陷的陌生人的反应，尤其是面部有疤痕的人。

化妆师首先在每位志愿者脸上画了一道血肉模糊的伤口，并用镜子让他们看到可怕的自己。随后，心理学家收走了镜子。

过了一会儿，心理学家又说，为了让伤口更逼真，需要再涂抹一些粉末。事实上，化妆师没再涂抹任何粉末，而是用湿棉纱把假伤口彻底擦干净了。

不知情的志愿者们被派到各个公共场合，回来后，他们向心理学家陈述了各自的经历。他们的感受出奇地一致：陌生人对他们惊讶、厌恶，缺乏善意，总是很无礼地盯着他们的脸。

这个实验的结果甚至让心理学家也很震惊：人们关于自身的错误认识，竟然如此深刻地影响他们的感知。他们的脸上本没有疤痕，只因将“疤痕”刻在心里，才会感受到外界异样的眼光。

换句话说，所谓外界的眼光，只是你内心的投射。

这个心理实验对于抑郁症患者应该是有启发的。许多患者病愈后重返社会，最担心的问题是：人们将如何看待自己？是好奇、同情、怜悯，还是歧视？

都不是。事实上，每个人都有自己的生活，没有人那么重视你。你所理解的别人的态度，其实是你对自己的态度。如一句西谚：“别人是以你看待自己的方式看待你。”

如果你为此忐忑惶恐，需要改变的是你的内心。在这个世界上，只有你自己，才能决定别人看你的目光。

打消病耻感

接下来，我以自己为例，说明如何战胜内心的畏惧。

这种畏惧确实曾经存在。记得病中，同事带我去看某大型医院一位著名神经内科医生。这位和蔼的女士在家中接待了我。她向我讲解了一些知识，嘱咐我尽快好起来。“别拖久了，拖久了不好，”她犹豫一下，“怕吓着你……病在身上，总得找一个出口，搞不好会转成癌症……”

后来，又谈到康复问题：“抑郁症患者有一种‘病耻感’，害怕和人接触；越怕和人接触，病越好不了，恶性循环。重返社会很难。”

不过，事实证明，病愈后重返社会没这么艰难。

2012年7月19日，我用药见效后当晚，向胡舒立（财新传媒总编辑，本书序作者）报喜。第二天上午，舒立即安排我去办公室。尽管犹豫、忐忑，我还是一咬牙，迈出了重返工作岗位的第一步。

这是重要的一步。坐在久违了5个半月的座位上，看着办公桌干净、整洁，一如旧日；同事们看到我，简单问好，并无特别的关注。

午饭时，我把病中的经历和感受说了一遍。王烁（财新传媒主编）饶有兴味地听完，说：“你应该写篇文章，标题叫‘地狱归来’。”

当晚，我想起王烁的话，信笔一试。尽管5个多月没写东西了，我高兴地发现，思维功能并未受损，甚至更好。

这篇文章对于我重返社会起了重要的作用。通过它，我告诉朋友和同事，为什么我消失了数月。从此，大家不必再有好奇和猜疑；我也不必再费口舌解释。

我知道，很多患者特别忌讳提自己得过抑郁症。他自己讳莫如深，同事朋友们在他面前也只能小心翼翼，假装不知道。演戏太累，给自己、给他人都无端增加了很多压力，何苦？

没什么不好意思的。首先，这不丢人；其次，即使丢人，大家忙于生计，谁顾得上你？即使有几个闲人盯着你，他们的兴趣又能持续几天？

不能撤除之手

最重要的，不是别人的眼光，而是自己如何长期保持身体状态的平稳。

抑郁症痊愈是一个漫长的过程，千万不要以为大脑解除了抑制就万事大吉。未来的路还很长，药物治疗只能把你从陷阱底部捞上来，接下来会怎么样，就看你自己了。

首先，坚持吃药。一般来说，药物见效后，还要进行维持治疗。

世界卫生组织推荐的最短疗程是半年。我认为，为了保险起见，轻度抑郁最好维持治疗6个月以上；中度抑郁9个月以上；重度抑郁15个月以上。

很多人认为，抗抑郁药吃多了会上瘾，这是一个误解。药物研究证明，抗抑郁药没有成瘾性。之所以要长时间服用，是因为保持大脑中神经递质的浓度，暂时离不开抗抑郁药物。

抑郁症复发率很高，复发后治疗将更为困难。发作一次的患者，复发率为50%；发作两次，复发率为75%；三次发作，复发率几乎是100%。

我多次对病友打过一个比方：就像一个人，本来能直立行走，患了病，站不直了，要往后倒；这时，需要有一只手（药物），撑住他的后背，让他能够站直并继续往前走；这只手不能轻易撤，要等他恢复了自然直立和行走的功能后，再慢慢地、一点点地撤除。一旦发现他有些摇晃，就要立刻再次撑住，不然前功尽弃。

我知道很多患者，就是因为急不可待地停药，导致复发。尤其是一些女患友，明知停药的后果，为了生孩子，铤而走险，铸成大错，悔之何及！

锻炼是一种生活方式

和坚持服药几乎具有同等作用的，是坚持锻炼。

体育锻炼对缓解抑郁、焦虑和其他慢性心理障碍有很好的效果。2005年，美国哈佛大学曾经专门研究过这个课题。他们发现，经过3个月的严格体育锻炼，患者的抑郁症状有明显改善，与接受抗抑郁药物

治疗的效果相似。对中学生的研究也发现，参加体育锻炼多的同学，抑郁症状相对较少。

其他研究也发现：锻炼可以改善诸如惊恐障碍、心理创伤和其他焦虑性心理问题。

研究者推测，体育锻炼可以促进脑内化学物质如“内啡肽”的分泌。这种物质可以使人心情振奋、精神愉悦。

体育锻炼还能改进自我形象，得到团体成员的帮助，分散对日常忧虑的过分关注，提升对所遇问题处理的自信心。这些都有利于情绪的改善。

锻炼的好处实在太多，无须多言。这里我想介绍一点儿心得：为了便于坚持，千万不要把锻炼变成一个苦差，对其望而生畏。

不必太约束自己每天一定要锻炼多少时间、每次锻炼一定要出汗等等。要求太高，就坚持不下来。轻松点，随意点，选择一些简便易行的方式，比如快走，随时随地可以进行。哪怕每次只能锻炼短短10分钟时间，日积月累，必有所成。当慢慢形成习惯，锻炼成为你生活的一个组成部分，就不需要“坚持”了。

重建心灵

记不清何时何地，我读过一句话，大意是说：一种病痛，本身就包含着治愈的力量。这句话给过我很大的启发，它是对抑郁症康复之路的生动写照。

到目前为止，治疗抑郁症，药物是首选方式。但不必回避，药物治疗有很多局限性：其一，只治标不治本；其二，有副作用；其三，

需要长期维持治疗；其四，存在治疗无效的可能。

因此，药物治疗只是一种最不坏的方式，尽管其作用是决定性的，但自己的努力不可或缺。一个患者痊愈的程度，决定于他在多大程度上能够遵从内心，重建自己的生活。

我看过一个抑郁症电视专题片，其中有一段说：抑郁症也是有积极意义的，它能让你在人生中的某一阶段，停下快速前进的脚步，盘点一下人生，以便将来活得更好些。

今日看来，这个说法是有道理的。病程中，一个人会暂时失去很多社会功能，但大脑从未停顿思考。既已陷入人生最低谷，就没有必要粉饰和虚夸，而可以直面内心，用手术刀解剖过去，梳理人生的成败得失。当再没有什么可以失去的时候，转机就将到来。

一个正常的精神世界，应该有属于自己的价值体系和精神建构，有包容异见的气度；能获得良好的社会支持系统，又能独立地担当，不到万不得已不违背自己的良知；同时，还能够看清人世间的纷繁喧扰，以真诚驾驭着热情，又以泰然超越了焦虑，敢于在自己的生活中选择、放弃和承担一些东西。

假如能做到，就会无所畏惧；曾经承受的一切，就不会白费。与抑郁症的遭遇，将成为你重塑人生的契机。

心理咨询是怎么一回事儿

近日，就心理咨询问题求教于一位业内朋友。心理学博大精深，我研习多日，只是一知半解，不得其门而入。幸友人不弃，诲我不倦，令我茅塞初开。今录在兹，作为个人求知道路上的一个坐标，亦或可对其他有兴趣的朋友有所助益。

心理治疗“对人不对病”

精神疾病患者的症状，好比海面上的大风大浪，原因是海底有火山在爆发。医学干预只是抚平海面上的风浪，心理干预则是要找到海底的火山口，彻底解决问题。

你是心理咨询师，但我首先想问问你对西医治疗精神疾病的看法。我知道有一些心理咨询师是反对用药的，认为药物治标不治本、有副作用等等。你怎么看?

我不排斥药物干预这条路。我也不认为心理治疗可以包打天下。比如遇到精神分裂症病人来咨询，我是要转诊的；中度以上的抑郁症患者，我也嘱咐他要配合用药。从心理治疗到药物治疗，从社区医院到专科医院，应是协同的系统。不同的患者，在不同的阶段，可以用不同的治疗方式，甚至可以组合治疗。这才是科学的态度。

我经常作这样一个比喻：疾病发作的时候，患者的种种症状好比海面上的大风大浪；风浪的根源，则是海底下有火山在爆发。医学干

预只是抚平海面上的风浪，至于海底下火山爆发，它管不了。心理干预，则是要找到海底的火山口，从根本上解决问题。

如此说，西医治疗精神疾病，治好了，只是临床治愈，把症状消除。当然这也非常重要。如果海面上波涛太汹涌，你就没法进到海底。所以先要用药物干预，等波涛小一点儿，心理治疗才能入手。

我不希望把药物治疗和心理治疗对立起来。对于精神疾病患者来说，用什么方法治疗不重要，重要的是人好起来。

西医治疗精神疾病，依据的原理是：精神疾病大多是大脑内神经递质失衡所致，医学干预就是用药物来调节大脑内的化学平衡。我想问，精神疾病心理干预的机理是什么？心理学承认大脑疾病的生理基础是神经递质失衡吗？

药物干预和心理干预属于两个体系，两条路完全不同，不应该简单地用这一种去套另一种。两者的科学机理也是完全不一样的。

西医的神经递质理论，我可以接受。但我感觉，西医针对的是病；而心理治疗针对的是这个人。在症状之外，还有一个轴是人格，是人格成长。心理治疗是两者兼顾的。

西医治疗的原理，现在基本明确了，至少有了一个方向。但心理治疗的原理，比较复杂，说不清。有时候就是一种感觉。可能需要自己积累。积累到一定程度，看一眼就知道是怎么回事儿。

举一个例子。我曾接待过一个病人，是抑郁状态。但是让她来咨询的痛点，是纠结于不知道未来的路怎么走。整天纠结着，有点儿像强迫思维。

因此，咨询的时候，我跟着她谈，就谈不下去。看到她第一眼，我就产生一个感觉，觉得她很干。20来岁的姑娘，按道理正水灵着

呢，可是她那么干枯，活力在流失。我意识到她可能会有抑郁的问题，就反馈给她："你好像水分在流失。"听到我这句话，她流泪了，本来凝固的情绪开始流动了。

抑郁症患者如果情绪动起来了，就已经在好转。但这是怎么发生的，我说不清。我只是跟她建立了一个关系。

她是不是觉得，你说中了她的心思，于是你们产生交流，就可以进行下去了？

起码我们不会在那些强迫思维上转了。那些纠结无意义，是她在抑郁状态下的表现。如果她的抑郁解决了，纠结的具体问题自然好办。只在思维这个层面跟她解释没有用。

如何积累直觉

心理治疗很重要的一步，就是你能不能和来访者建立良好的关系。

说到这，我想起艾瑞克森的一段往事。作为心理治疗大师，艾瑞克森被誉为"20世纪最伟大的沟通者"，他的治疗中很大一部分努力，都花在和患者建立沟通上。

曾经有个病人，住院多年，不和任何人说话，没有人能够知道他在想什么。一天，病人在院子里待着，艾瑞克森走到他面前，突然把他的衣服脱下来，翻过来重新给他穿上；然后，把自己的衣服也脱下来，翻过来穿上。这一瞬间，病人对他露出从未有过的笑容。然后，艾瑞克森拍拍他的肩膀说："现在，把你的事情告诉我吧。"从此，这个病人开始和他说话。至于治疗，则是后来的事情了。

这是典型的沟通问题。你知道，认知疗法的媒介是语言。对语言能力发展后才形成创伤的人，认知疗法是有用的。但是对在语言前期，即不会说话的时候就受到创伤的人，只能用非语言的方式来治疗。

我理解艾瑞克森的这个病人，应该是在语言前期受过创伤，因此你和他说什么都没有用。艾瑞克森后来和他同频了，才能建立沟通。

那艾瑞克森为什么用反穿衣服的方式来同频呢？反穿衣服象征着什么？

这个不知道。可能因为他的特殊经历，他会有一些特殊的天赋。这就是我刚才讲的，可能就是一个感觉、直觉。心理治疗很重要的一步，就是你能不能和患者连接上。

心理治疗很多时候只是靠主观感受。它不像生理问题那么清晰。

如果这样，是不是你们平常在工作中也充满了困惑？比如，你在这一步，并不确切地知道下一步该怎么走？对于能不能治好患者心里并没有把握？

当然，心理治疗没有标准答案。我们也不是神仙。

不过，我有一个同事说，心理咨询师应该像一个不倒翁。在治疗的时候，两个人都倒了，是不行的。至少，咨询师可以让来访者看到，即使治疗无效，咨询师还能站起来。这本身也有治疗作用。在同样恶劣、不舒服的状态下，他发现你还活着，就知道自己也能活着。这是一个无言的支持。

你发现你不是孤独的，还有人跟你在一起，这本身就是治疗。

你刚才提到的感觉、直觉，可以学习吗？

我们每天都在学习，从大量个案中总结提高。至于直觉，我觉得每个人都能有，只是平时没有开发它。学习、体验、观察，慢慢你就会形成感觉。

再说具体些。心理学有一个名词叫“具身认知”（Embodied cognition），简单地说，是指生理体验与心理状态之间有着强烈的联系，生理体验可以“激活”心理感觉。反之亦然。

我曾经接待过一个抑郁的来访者。她是被人强行带来的，情绪很抵触，不肯说话。我首先想和她建立关系，在这过程中，我感觉到我的胸口又热又堵，像火一样烧。这就叫具身。我明白了她有不想表达的东西。这时候和她说啥都没用，因为她的情绪通道都被堵死了。

这可以用科学来说明吗？

最初我也觉得很诧异、震惊，因为这违背了我们的教育背景。但是随着训练、个案的增多，我这方面的感觉越来越清晰。其实我们都有这个能力，只不过自己没有注意，缺乏训练，慢慢湮没了。

后来怎么样了？

我对她说：“你的情绪在我胸口体现出来了。”她说：“是的，我堵得慌，什么都不想说。”从这时，我俩才开始建立了关系。

我说：“那你就回去，把你的怒火宣泄掉，咱们再说别的。”我建议她去找到让她愤怒的人，把该说的话说出来。她按我说的去做，后来有了比较明显的好转。我再和她谈话，就能够进行下去了。

童年创伤和感情缺失

一个人的童年创伤，被一层层防御所覆盖，最后终于被击穿，表现为心理障碍。

说到这儿，我还是想问：心理学认可大脑疾病的生理基础吗？比如你刚才说的，一个人的童年创伤，被一层层防御所覆盖，最后终于被击穿，表现为心理障碍。这时，他的大脑是否会有生理改变？也就是说，他表现出的心理障碍，是否会有生理基础？

两者并不矛盾。心理学绝不否定社会基础、生理基础。一个人病了，内在外在的因素都会有。

我再举个比较典型的例子，一个双相障碍个案。他病发时会打他妈妈，吃了多年的药。他的家族里，也有好几个人抑郁。慢慢随着咨询深入，我发现，遗传当然是一个解释；但这个家族，从祖辈开始，就没有爱的能力，给不了下一代感情的东西。这些孩子就各自发展出一些护身的本领；再到下一代，有吸毒的，还有其他各自的补偿方式；再到第三代，就有抑郁、强迫的问题等等。我觉得这个家族是缺少温情的，没有爱的能力。

你的意思是，在这个案例中，作为物质基础的基因只是表象，实质是感情的缺失？

或者是教养方式吧。

我还遇到过一个恐惧症个案。他到现在也没结婚。他的症状是不能见血，地上有个黑点，他就觉得是血，会很恐惧。后来我慢慢发现，他说起来好像有点儿强迫，其实是在往妄想的方向发展。他一方面表现得很规矩、认真；另一面又很想牛仔、风流。他平常把这一方面全压下去，但当进入亲密关系时，焦虑、恐惧都表现出来了。他的家族中，表弟表妹的婚姻情感都有麻烦。他们小时候都是跟着祖辈长大的，这之中可能有教养方式的问题。

刚才你反复说到“创伤”。是不是说，心理疾患可以理解为小时候精神创伤在成年后的显性化？

大致可以。其实我们每个人都会有创伤，或大或小。还有一些微创伤。有的孩子天性相对敏感，再加上父母回应不到位，日积月累，对于别的孩子不是什么事，对于他就可能形成大的问题。

心理治疗是系统工程

很多孩子抑郁也好、双相也好，其实是家庭问题在他身上的反应。这时候家庭疗法可能会有效果。如果父母不参与，孩子很难真正好起来。

心理学门派众多，你属于精神分析这一派？

也可以这么理解。精神分析笼统地说，是在潜意识层面工作。这更多是用隐喻的方式来解决问题。比如抑郁症，其隐喻是不断攻击自己，所以极端时会有自杀问题。隐喻被破解后，即意识化后，或表达出愤怒后，他就会有所好转。

心理学还有哪些门派？

一般的心理治疗，主要有认知疗法、行为疗法、家庭治疗、精神分析等。

什么叫家庭治疗？

家庭治疗是以家庭为对象来实施的团体心理治疗模式，其目标是协助家庭消除异常、病态情况。家庭治疗认为，个人的改变有赖于家庭整体的改变。家庭治疗不着重于家庭成员个人的内在心理构造与状

态分析，而将焦点放在家庭成员的互动与关系上，从家庭系统角度去解释个人的行为与问题。

举个例子。我曾经做过一次家庭雕塑疗法。案主的后背有很严重的病变，但他自己也说不清是怎么回事儿。我给他做家庭雕塑的时候，找了6个人，扮演他家里的6口人。这6个人并不知道他家庭内部的关系是什么样的，只能跟着感觉走。这时扮演他哥哥的那个人，忽然觉得后背特别难受。这个感觉是完全说不清楚的，比精神分析更说不清。的确案主就是后背出了问题。

还有一次，我的一个朋友的孩子，在美国得了双相情感障碍。因为离得太远，我建议他在当地找一个治疗师。他就找了一个家庭治疗的。那个家庭治疗师见他第一面就说，你们家是不是有人出轨了？确实如此，家庭是一个系统，只是症状表现在了孩子身上。

家庭治疗就是把家庭当做一个整体，来发现其中成员的创伤？

差不多。很多孩子抑郁也好、双相也好，其实是家庭问题在他身上的反应。这时候家庭疗法可能会有效果。如果父母不参与，孩子很难真正好起来。

潜意识和催眠

诱导来访者进入潜意识状态，把医生的言语或动作整合进患者的思维和情感，推动人潜在的能力，从而产生治疗效果。

我知道心理分析门派中，还有催眠疗法。这比较神秘，讲一讲好吗？

催眠疗法是指借助暗示性语言，诱导来访者进入一种特殊的潜意识状态，把医生的言语或动作整合进患者的思维和情感，推动人潜在的能力，从而产生治疗效果。

催眠的方法可分为直接法和间接法。直接法就是通过简短的言语或轻柔的抚摸，使对方进入类似睡眠的状态；间接法借助于光亮的小物体或单调低沉的声源，让患者凝视、倾听，或以“催眠物”接触头或四肢，而施治者则在一旁反复暗示患者进入催眠状态。

此时，可根据患者的病症，用正面而又肯定的语言向他明确指出，有关症状将消失；或进行精神分析，找出其致病的心理根源。治疗后，再及时唤醒患者或暗示患者逐渐醒来。

潜意识怎样影响一个人的精神状态?

潜意识是指人类心理活动中，不能认知或没有认知到的部分，是人们已经发生但并未达到意识状态的心理活动过程。

潜意识虽然无法觉察，但它影响意识体验的方式却是最基本的。人在幼年时会被动地获得一些观念，并不自觉地将这种观念内化到自己的“系统”之中。弗洛伊德说：“一个儿童如何认知、如何面对世界，以及一些在成人看来微不足道的小事，将深刻地影响儿童的发展，并可能在以后形成精神病的症状。”如果在儿童周围有不良影响，它就会潜移默化地潜藏在儿童的心灵深处，引导他的处世态度和方法。

一个人在幼年期是没有这种分析能力的，催眠则可借助潜意识状态，找到不良心理问题的源头，使本人意识到自身存在的非理性或潜意识深处的观念，并用成年以后获得的经验和分析能力，对这种观念做出判断，从而达到纠正的目的。

被催眠者是睡着了吗?

不是，催眠不是睡着。被催眠者非常清醒，甚至比平常更清醒。催眠只是让被催眠者进入潜意识状态，这样才可以根据具体情况进行治疗。刚才我们提到的艾瑞克森，经常让患者睁着眼睛接受催眠。

狭义的催眠不是睡眠。催眠分浅、中、深度，会有两个状态：一是潜意识打开，但意识是清醒的，只是浅、中度；二是意识不太清醒，这就是深度催眠。一般我们咨询用浅到中度就可以了。太深了，患者的言语会模糊，就没法进入进一步的治疗。

如果被催眠时自己是清醒的，那岂不是说，需要患者配合?

所有的催眠本质上都是自我催眠。如果你拒绝，没人催眠得了。艾瑞克森被称为催眠大师，只是说他更容易绕过别人的防御。

患者在催眠中看到的、听到的、感受到的，是当真还是不当真?

你可以把它理解为一个意象，用以引导患者宣泄内心的情绪。当然这么做要非常谨慎。要看时机。时机成熟了，才能碰，不然效果不好。

因为这需要和患者的互动。他觉得安全，才会解除防御，互动才有可能；他觉得不安全，你强行带着他走，他感到更不安全，会抵触，这就叫阻抗。

对未知保持敬畏

科学的态度，本性的善良，还有专业知识，对于咨询师来说是最基本的。

这样看来，心理咨询是一件非常复杂和艰难的事情。

心理咨询师也有很多无能为力的时候。你需要去感受到底发生了什么，你自己有什么感觉。很多时候你感受不到，因为来访者会自我防御。

症状其实是一种表达，是隐喻的表达。患者无法从正常渠道表达，就会用生病的渠道表达。我们需要与症状和解，不是去抗拒它。这样它就不是威胁性的了。

医生这一行，一定是越干胆越小。你要对未知保持敬畏，尤其当你面对的是一个人。

作为心理咨询师，最难的是和来访者建立良好的关系。心理咨询其实不是把我的价值观灌输给你，而是把自己放空来接受你。

一个心理咨询师最重要的能力是什么？

好的心理咨询师，起码人格要健全。个人成长很重要。所以我们一直在学习、体验、督导，不会停下来。自我成长要跟上，否则会在工作中掺杂个人的因素，比如价值感、成就感、自己的情结等等。

我们每个人都不会那么完善。一个咨询师，不可能解决自己的所有问题，但至少要清晰地知道，自己哪一块会有症状。例如，如果我有同性恋倾向，给来访者做咨询时，就要意识到自己这个状况，做必要的调整。如果你对自己觉察不够，不但看不好患者，还会把自己的情绪带给对方，可能给他带来二次创伤。

总结一下：科学的态度，本性的善良，还有专业知识，对于咨询师来说，是最基本的素质。